

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

155

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Georges BIGOURET

Né le 20 Mars 1912, à Anzème (Creuse).

Présentée et soutenue publiquement le... **28 FEV 1945** ... 19..

LA

PRÉSENTATION DU FRONT

Etude anatomique et clinique

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

LABE LIBRARY

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1945

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BIGOURET.**

Prénom : **Georges.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

BIGOURET (Georges). — La présentation du front. Etude anatomique et clinique. Considérations thérapeutiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 91 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

BIGOURET (Georges). — La présentation du front. Etude anatomique et clinique. Considérations thérapeutiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 91 p., 7 fig.

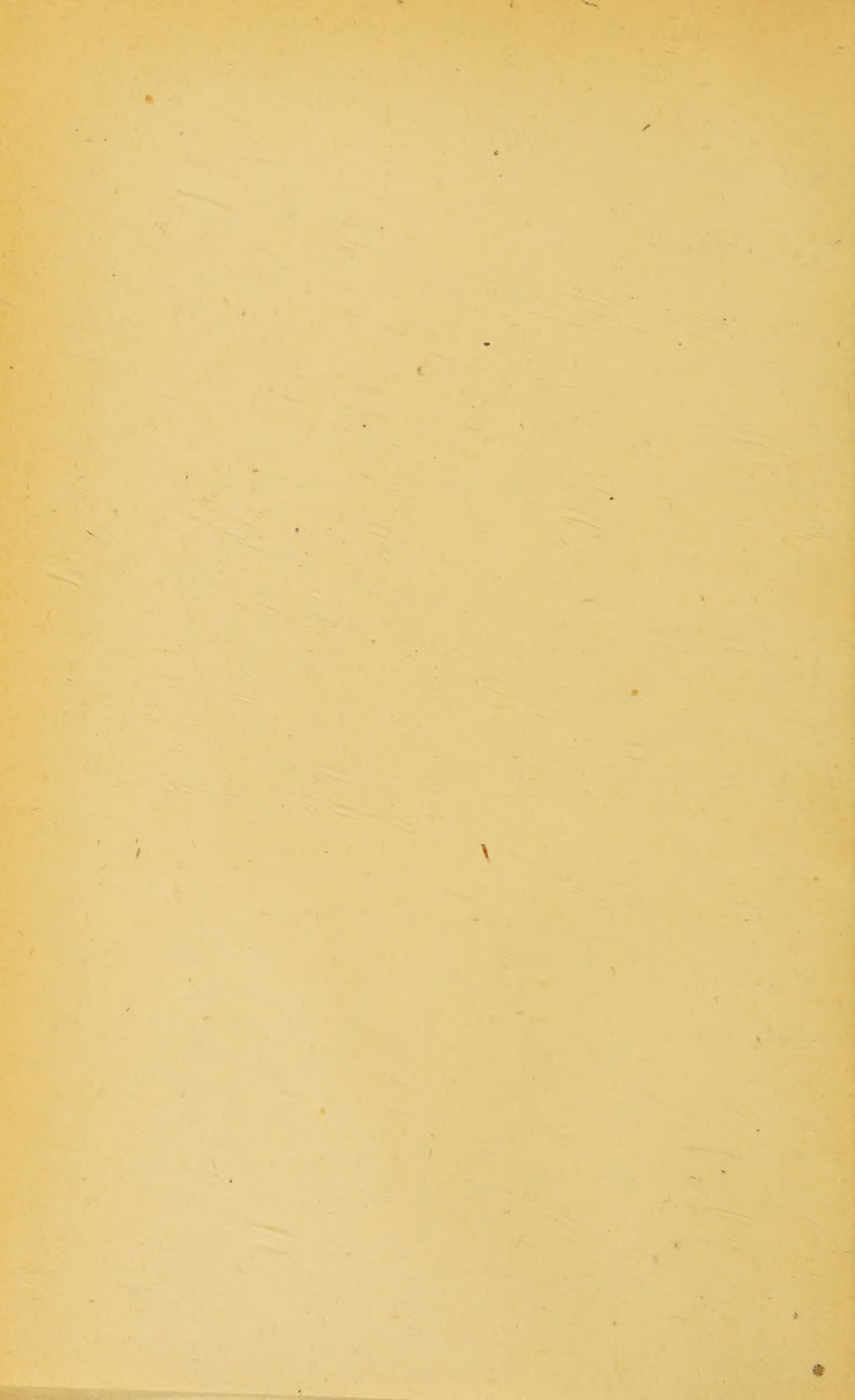
(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

BIGOURET (Georges). — La présentation du front. Etude anatomique et clinique. Considérations thérapeutiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 91 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

BIGOURET (Georges). — La présentation du front. Etude anatomique et clinique. Considérations thérapeutiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 91 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Georges BIGOURET

Né le 20 Mars 1912, à Anzème (Creuse).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

LA

PRÉSENTATION DU FRONT

Etude anatomique et clinique

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154011_0121

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LEON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (CL.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

113839

MAR 1 0 1949

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DELARUE.	Médecine	LELONG.
pathologique .	Mlle GAUTHIER-	générale . . .	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie . . .	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale .	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.		SOULIE.
	FEVRE.	Médecine légale .	DESOILLE.
	FUNCK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique . . .	LACOMME.
Chirurgie	MENEGAUX.		SUREAU.
générale . . .	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie . .	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie . .	HALPHEN.
	N...	Parasitologie . . .	LAVIER
	N...	Parasitologie	
Histologie	BULLIARD.	coloniale	N...
Hydrologie	N...	Pathologie	
Hygiène	N...	expérimentale .	LEMAIRE.
	BARIETY.	Pharmacologie .	Mlle J. LEVY.
	BERNARD (Et.).		N...
Médecine	BOULIN.	Physiologie . . .	RICHET.
générale	BROUET.		N...
	CACHERA.	Physiologie	
	COSTE.	médicale	DESGREZ (H.).
	DELAY.	Thérapeutique . .	TURPIN.
	GARCIN.	Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

Clinique chirurgicale .	} MM. GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale	} MM. ALAJOUANINE, CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale . .	ECALLE.	Clinique urologique . . .	FEY.

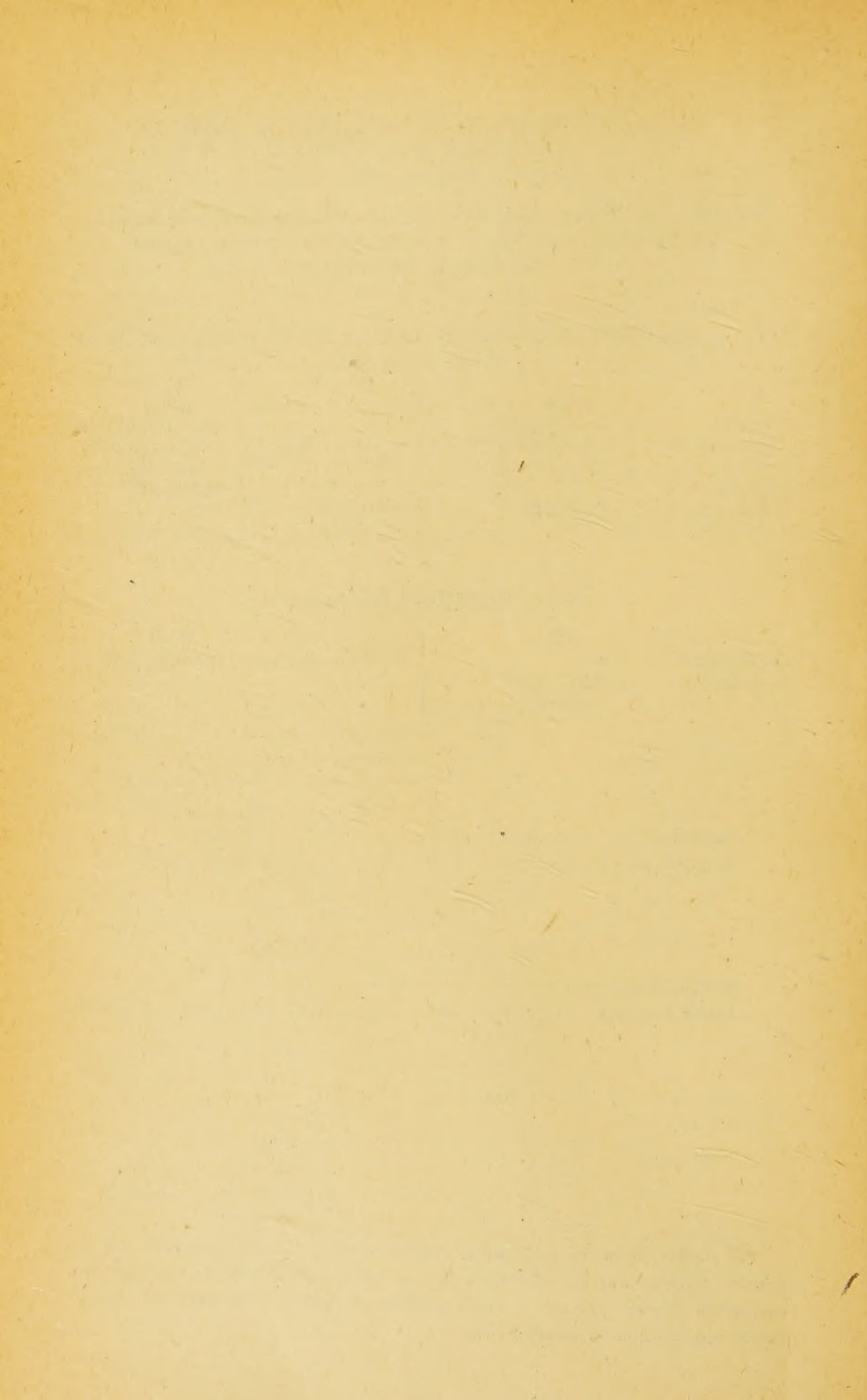
V. — CHARGES DE COURS

Puériculture . . .	MM. N...	Stomatologie . . .	MM. DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

Secrétaire de la Faculté	MM. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Miles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

*Je dédie ce modeste travail au
terme d'études qui lui causèrent
tant de soucis.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Mort pour la France le 6 juin
1916.*

A MA FEMME

*A qui je dois tant.
Qu'elle veuille bien trouver ici
l'expression de mon très grand
amour.*

A MA PETITE NICOLE CHERIE

A MA BELLE-MERE

*Chez qui j'ai trouvé tant de
compréhension et d'encourage-
ment.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
de l'Hôpital Baudelocque

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille trouver ici l'hom-
mage de notre reconnaissance et
de notre profond respect.*

AU DOCTEUR BRET

Chef de Clinique à la Faculté de Paris

Assistant en Obstétrique des Hôpitaux de Paris

Chirurgien en Chef de Service d'Obstétrique et de Gynécologie
de l'Hôpital de Créteil.

Qui fut l'inspirateur de ce travail.

Avec mes remerciements sincères et l'assurance de mon profond attachement.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A NOTRE JURY DE THESE

INTRODUCTION

Si nous sommes surpris par le fait que la présentation du front n'est pas admise par tous les auteurs, nous sommes quelque peu étonnés de constater chez ses partisans l'absence de conduite bien déterminée pour lutter contre les dystocies qu'entraîne très souvent cette présentation.

Il apparaît à la lecture des observations de cette présentation que la thérapeutique est trop souvent guidée par des impressions. L'expectative paraît trop souvent préconisée, et le traitement ne peut être alors que celui d'une présentation négligée, donc dangereuse au premier chef pour l'enfant, quelquefois pour la mère.

Cette présentation a une « réputation » de mauvais pronostic bien justifiée. Si dans certains cas, l'accouchement se fait spontanément et, disons-le, particulièrement facilement, il est souvent aussi l'origine de dystocies, que l'accoucheur le plus rompu aux manœuvres obstétricales, redoute justement. Le diagnostic doit être précoce, et s'il faut prévoir la dystocie, c'est-à-dire distinguer les présentations qui évoluent spontanément des présentations qui entraînent l'intervention, il faut également savoir conduire l'accouchement de façon à rester maître des décisions opératoires et ne pas être réduit à des « solutions de nécessité ».

C'est la raison pour laquelle nous avons pensé que l'étude d'un certain nombre de cas de présentation du

front serait intéressante. Nous voudrions montrer comment il est possible de dépister les variétés dystociques de cette présentation, et arriver à la conclusion que l'opération césarienne en est le traitement de choix.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

HISTORIQUE — DEFINITION

La présentation de la tête défléchie, intermédiaire au sommet et à la face, n'a pas toujours été considérée par tous les auteurs comme ayant une personnalité clinique suffisante pour mériter une description particulière. L'accouchement par le front avait été observé par Madame LACHAPELLE qui avait décrit un mode d'engagement. La tête s'engage dans l'excavation en se plaçant dans une attitude rigoureusement indifférente; attitude dans laquelle l'occiput et le menton restent à la même hauteur, descendent simultanément dans l'excavation, et restent toujours dans un plan parallèle à lui-même.

TARNIER et CHANTREUIL en 1882, RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE dans leurs traités, ne consacrent à ce qu'ils considèrent comme une variété frontale de la présentation de la face que quelques lignes. Ces derniers reprochent à ceux qui la distinguent, de retourner peu à peu aux conceptions compliquées des présentations qui étaient admises à la fin du XVIII^e et au commencement du XIX^e siècle. (BAUDELOCQUE : 94 présentations.)

« Dans la présentation du front, disent-ils, l'attitude
« de la tête fœtale n'est pas toujours la même; si bien
« que les auteurs qui la considèrent comme une présen-
« tation spéciale, ne sont pas d'accord pour savoir quel
« est le centre de cette présentation. Pour les uns, c'est
« la grande fontanelle, pour les autres, c'est le front :
« de telle sorte que, pour être logique, il faudrait non
« seulement décrire à part la présentation du front, mais
« encore indiquer la variété de cette présentation ».

Des traités plus récents : BAR, BRINDEAU, LE LORIER, lui consacrent un chapitre... « On ne doit conserver sous
« ce nom, que les cas dans lesquels la tête s'étant pré-
« sentée au détroit supérieur en front, s'engage dans la
« même attitude dans l'excavation pelvienne, et vient
« se dégager en front au détroit inférieur et à la vulve.
« C'est cela qui est véritablement la présentation du
« front ». La présentation étant la partie fœtale qui s'en-
gage, progresse et se dégage, cette définition est irrépro-
chable au point de vue théorique mais c'est une définition
« a posteriori » qui ne présente aucun intérêt véritable
en pratique.

En clinique, il existe des présentations céphaliques, où la partie la plus déclive de la tête est le front ou le bregma. Nous n'avons pas conservé la distinction faite par les Lyonnais, entre présentation du bregma et présentation du front : les deux aspects de la déflexion céphalique peuvent s'observer successivement au cours de la progression de la tête; et du point de vue clinique, elles donnent naissance à des accidents identiques.

Ces accidents si fréquents ont fait considérer, à juste raison, les présentations céphaliques mal fléchies, comme extrêmement graves pour la mère et pour l'enfant.

La plupart des accoucheurs du XVIII^e siècle déclarent qu'elles ne peuvent se terminer seules. Madame LACHAPPE signale quelques rares cas « où les efforts uté-

rins » ont suffi à l'expulsion, mais elle conseille cependant la transformation en face. « Pour cela soutenir à chaque douleur d'abord le haut du front, puis le front lui-même, ce qui permet au menton de s'abaisser de plus en plus. En deuxième lieu, tirer sur le menton avec deux doigts en crochet ».

SCHAPTZ et WELPONER ont réussi cette transformation à l'aide de manœuvres externes complexes. On soulève les épaules et la partie supérieure du thorax du fœtus de manière que la tête soit mobile : une main presse sur la tête et la dirige vers le plan antérieur, tandis qu'un aide repousse le siège du fœtus du même côté que la tête, de manière à faire engager la tête fléchie. Cette manœuvre est difficile et n'est possible que si l'utérus et la paroi ont une souplesse particulière. En général, ces interventions qui, par des manœuvres externes ou internes tendent à transformer la présentation du front, sont délicates dans leur application et infidèles dans leur résultat.

En 1890, la symphyséotomie est réhabilitée en France, et bientôt la présentation du front va en bénéficier. En 1902, WALLICH fait une communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie sur « La Symphyséotomie dans les présentations persistantes du Front ».

« On peut, sans être taxé d'exagération, simplement constater qu'un plus grand nombre d'enfants ont été extraits vivants, et que les mères ont couru moins de risques dans les cas où l'on a pratiqué la symphyséotomie ». Cependant on s'aperçoit, peu à peu, que la symphyséotomie, qui avait amélioré d'une façon nette le pronostic des présentations du front, offrait quelques inconvénients. C'est alors que le Professeur PINARD, dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, rapporte un cas d'opération césarienne : « Dans certains cas, le forceps ou la symphyséotomie, permettent

une extraction facile, mais il faut attendre la dilatation complète pour pratiquer l'une ou l'autre de ces interventions. Beaucoup d'enfants meurent, ou ont une vitalité très atteinte pendant cette angoissante période. M. WALLICH nous a montré qu'en pratiquant la symphyséotomie, la mortalité était encore de 28 %. J'espère faire mieux et, pour cela, je pratique sans hésiter l'opération césarienne. Non pas, certes, quand le front est engagé et progresse, mais quand la dilatation étant complète, la tête reste stationnaire ».

BAR, BRINDEAU, LE LORIER, adoptant la théorie de Madame LACHAPELLE, nous montrent comment cette présentation « devient si rapidement et si facilement dystocique. La tête n'arrive à pénétrer dans l'excavation dans cette attitude qu'au prix d'un modelage forcé, par des contractions utérines intenses, un peu à la manière d'un gros bouchon de champagne que l'on force à pénétrer dans l'étroit goulot de la bouteille ».

Très souvent il arrive qu'une tête ainsi déformée, ayant pénétré dans l'excavation ne puisse plus progresser : il devient absolument impossible soit de la fléchir, soit de la défléchir. Cette incarceration, cet enclavement est la conséquence fréquente de cette présentation et c'est lui « qui, toujours menaçant, rend son pronostic si mauvais ».

Ces auteurs conseillent cependant d'attendre lorsque la tête n'est pas engagée et que les membranes sont intactes. « Il ne s'agit pas là encore d'une véritable présentation du front, mais d'une attitude, habituellement transitoire de la tête fœtale. Avec un peu de patience, la déflexion s'accroît et donne une présentation de la face, où la flexion se fait et l'on a, finalement, une présentation du sommet ». Disons tout de suite que la mutation spontanée n'est observée que dans 10 % des cas et son éventualité imprévisible.

Aussi l'ignorance où nous sommes de la terminaison spontanée de l'accouchement ou de la mutation en une présentation favorable, doit guider la thérapeutique.

On peut considérer qu'il y a présentation du front, lorsque, comme c'est fréquent, l'engagement n'étant pas effectué, le travail n'amène aucune modification de la déflexion céphalique, la tête restant au-dessus du Déroit supérieur. Le délai d'observation doit être bref. Plus que dans toute autre présentation, il convient de ne pas se laisser gagner de temps et fixer sa conduite thérapeutique lorsque les conditions sont encore favorables, car nous le verrons, certaines anomalies peuvent entraîner très rapidement la souffrance totale.

Restent maintenant les cas discutables de déflexion céphalique partielle, qui, à terme, s'accompagnent d'une rupture prématurée des membranes.

Ce dernier facteur joue, à lui seul, un rôle capital : il crée par l'ouverture de l'œuf, une voie d'infection, latente sans doute, mais qui est capable de modifier le traitement.

Doit-on considérer les déflexions céphaliques comme des présentations du front ?

Nous considérons que c'est l'exposé des facteurs maternels et fœtaux, c'est-à-dire, l'état du bassin, le volume de l'enfant qui doit orienter la thérapeutique. Dans certains cas, en effet, si au sens propre du mot, il n'y a pas de présentation du front, la rupture prématurée des membranes, les dimensions de la tête de l'enfant, la légère réduction du bassin, doivent être considérées comme réalisant toutes les conditions capables de donner une présentation définitive du front et être traitées comme telle.

CHAPITRE II

FREQUENCE

La présentation du Front est considérée comme exceptionnelle. En consultant les statistiques, nous rencontrons cette présentation citée une fois sur 5.000 accouchements par KLEINVATCHER: 1 fois sur 2.000 par SCHUTZ. HENRICIUS donne des chiffres allant de 1 sur 400 à 1 sur 1.100 accouchements. MORET en 1929 donne la proportion de 1 pour 1.300 et fait remarquer qu'il s'agit d'une statistique hospitalière, plus chargée par définition en cas anormaux. A la Maternité Baudelocque, 2 fronts sur 3.000 accouchements en 1941; par contre, du 1^{er} janvier au 31 mars 1942, cinq fronts ont été observés sur 600 accouchements environ. Ceci montre qu'il faut établir des statistiques sur une grande échelle, pour avoir des résultats qui aient de la valeur.

La majorité des auteurs regardent le front comme un accident de travail, donc comme une présentation exceptionnelle au cours de la gestation. Au détroit supérieur, la tête fœtale se trouve fréquemment en attitude indifférente, en équilibre instable comme l'a dit TARNIER. Sous l'influence du travail, cet état se modifie : la force expulsive agissant d'en haut, et une résistance se trouvant en bas, la tête opère sa flexion ou sa déflexion.

En fait la présentation primitive du front existe d'une

façon non douteuse. Elle est appréciée, sans doute, différemment suivant les auteurs, l'intervention précoce ne permettant pas de faire la preuve que la déflexion est définitive. Certaines conditions étiologiques, à l'origine de la déflexion partielle et incomplète de la tête, agissent d'une façon permanente et non accidentelle; elles peuvent troubler dans le dernier mois de la grossesse l'accommodation céphalique et donner naissance à la présentation du front. Si l'existence de présentation primitive a été contestée, puis sa fréquence considérée comme négligeable, cela tient en partie soit à une palpation défectueuse ou difficile qui n'a pas permis d'apprécier exactement la situation de la tête, soit du fait qu'aucun examen n'a été pratiqué.

En ce qui concerne nos observations 2, 8, 11, 19, le caractère nous paraît particulièrement évident. Les femmes des observations 2 et 11 ont été opérées après la rupture des membranes : le travail n'avait pas commencé. On pourrait nous objecter que l'évolution aurait pu entraîner une flexion ou une déflexion céphalique complète. Mais dès le début nous avons précisé notre point de vue au sujet de certaines déflexions de la tête : la rupture prématurée des membranes, la légère réduction du bassin (Promonto-sous-pubien 10,8-10,7) les dimensions de la tête de l'enfant, doivent être considérées comme réalisant les conditions capables de donner une présentation définitive du front et être traitées comme telle.

La grossesse de la femme de l'observation 8 avait été surveillée pendant les derniers mois et dès le huitième mois, la déflexion avait été mise en évidence par le palper, puis par la radiographie.

Quant à l'observation n° 19 : il s'agissait d'une primipare de 22 ans, entrée à la Maternité de Port-Royal pour déflexion céphalique persistante. Cette déflexion par-

tielle permanente, fut confirmée un mois avant l'accouchement par une radiographie. Les phénomènes du travail s'étant déclenchés sans amener une modification de la situation de la tête par rapport au détroit supérieur, la dilatation restant stationnaire, l'indication de Césarienne fut posée. Naissance d'une fille de 3.750 grammes, présentant déjà une déformation céphalique propre aux têtes défléchies, avec allongement des diamètres verticaux (S. O. B. 11 — S. M. B. 11,2). Un rein praevia était à l'origine de cette tête défléchie.

ETIOLOGIE

La multiparité est considérée habituellement comme un facteur important de l'étiologie du front : STIGLBAUER signale 37 multipares pour 28 primipares. Dans la série des observations qui suivent la fréquence de la primiparité nous a frappé : 13 cas sur 25.

Le fait avait déjà été observé par certains auteurs pour la présentation de la face; mais on pourrait ici objecter, comme le faisait WINCKEL, en ce qui concerne la face, que le nombre des observations est trop restreint pour tirer une conclusion. Par contre, ce qu'on peut déduire, c'est que dans la série des 13 cas que nous rapportons, la laxité utérine n'est pas intervenue, non plus que les déviations latérales ou antéro postérieures tendant à éloigner le menton du sternum; mais qu'un autre facteur peut être invoqué.

Il s'agit des modifications des dimensions du bassin signalées par JEANNIN dans le « Journal des Praticiens, 1925, page 691 ». « 9 rétrécissements pelviens sur 10 présentations du front ». Nous considérons, en effet, que l'atteinte du bassin est une cause essentielle des présentations du front. Nous la rencontrons 14 fois sur 25 observations; et ce que nous avons observé le plus fréquemment est la légère diminution des diamètres du Déroit supérieur. DEVAUX avait déjà insisté sur ce fait : dans 36 % des cas, il signale des viciations pelviennes à un degré léger, et d'après SPILBERG, la présentation du front

serait environ 10 fois plus fréquente dans les bassins rétrécis que dans les bassins normaux. Mais les caractères de la lésion pelvienne sont très importants à considérer. La présentation du front s'observe dans les bassins où le rétrécissement est peu accentué : le diamètre promonto-sous-pubien mesure généralement autour de 11 centimètres : (11 observations sur 15). Quant à la forme du Détroît supérieur; on a insisté sur son léger aplatissement : BAR les appelait des bassins « modérément aplatis », nous l'avons retrouvé (obs. 16) : les bassins généralement rétrécis paraissent également très fréquents (obs. 2, 4, 17).

Quoiqu'il en soit la légère réduction des dimensions du Détroît supérieur est un élément capital dans l'étiologie de la déflexion céphalique. Ce rôle nous paraît être mis en évidence à la lecture de l'observation 7. Secondipare de 22 ans, le premier accouchement, par le front, avait nécessité une version. Au cours du travail à la fin de la deuxième gestation, la même présentation est observée. GONNET et BAYET ont également rapporté l'histoire d'une femme qui, à 5 accouchements successifs, présentait trois faces, un front et une occipito-postérieure qui était vraisemblablement un bregma. Dans ce cas, il ne s'agit plus d'un facteur accidentel, mais d'un facteur permanent qui est à l'origine de la déflexion céphalique. De même qu'il y a des « utérus à épaules », il paraît y avoir des « bassins à front ». Enfin l'étude de l'excavation présente à notre point de vue un gros intérêt : la configuration du sacrum dont la face antérieure est plus ou moins concave assure à la cavité pelvienne une ampleur plus ou moins grande qui paraît jouer un rôle dans l'évolution de l'accouchement. Nous insisterons plus loin sur le défaut de rotation intra-pelvienne de la tête : le fait paraît dû en partie aux modifications de la face antérieure du sacrum jointes aux déformations acquises de la tête fœtale au Détroît supérieur.

L'excavation peut être également modifiée par des tumeurs pelviennes qui se comportent comme un rétrécissement du bassin, c'est-à-dire interviennent par la gêne apportée à l'adaptation de la tête au Déroit Supérieur. GOULLIoud, Congrès de Bordeaux 1895, rapporte un cas



Obs. 19. — Rein ectopique praevia

où il a opéré une femme chez laquelle le rein — pris pour une trompe malade — était en ectopie congénitale et qui, antérieurement, avait accouché à terme et spontanément. NOHL, FISCHET, SCHONBERG ont signalé les accidents graves que peut occasionner lors de l'accouchement un rein en ectopie pelvienne congénitale mais ne donnent aucune thérapeutique. Nous avons déjà signalé, dans l'observation 19, la présence d'un rein ectopique

praevia, et nous rappelons que l'indication de césarienne fut posée. En effet, malgré le travail, dans un bassin normal, la présentation se maintenait défléchie et la dilatation restait stationnaire. Au toucher, tête élevée et mobile, fontanelle antérieure perçue à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit; et bombant dans le cul de sac postérieur, débordant dans le cul de sac droit, une masse dure, irrégulière, lobulée qui se présentait comme obstacle praevia. Césarienne. Extraction d'une fille de 3.750 grammes. Bassin dans sa thèse « Les présentations du Front et leur thérapeutique. 1930 » signale deux cas où la placenta est inséré sur le segment inférieur.

L'exiguïté pelvienne ne nous paraît pas être la cause unique des présentations défléchies. A côté de l'anomalie d'accommodation, il peut exister le manque total; c'est ce que l'on peut observer dans l'observation 3. Dans ce cas, le bassin était trop large pour le volume de l'enfant. La mensuration du diamètre bi-ischiatique qui, dans une certaine mesure, rend comparativement compte des autres dimensions du bassin, était dans le cas rapporté 12 cm. 5, et cela nous a paru être une preuve suffisante pour affirmer la largeur du bassin : (le détail a été signalé par BRAULT : Gynécologie et Obstétrique 1934).

Mais si la forme et les dimensions réelles du détroit supérieur sont des éléments essentiels à étudier en présence de présentation du front, ce ne sont pas les seuls.

Les dimensions relatives de la tête par rapport au bassin : l'excès ou la diminution des dimensions de la tête fœtale par rapport à celles du Détroit supérieur entraînent un trouble de l'accommodation.

Si la tête est petite; soit réellement (obs. 5), soit relativement au bassin (Obs. 3), nous retrouvons l'absence d'accommodation que nous avons signalée en cas de bassin trop large. Ces faits correspondent cliniquement à des accouchements soit de prématurés, soit de

jumeaux (obs. 24). L'intérêt de leur existence est tout relatif étant donné l'évolution le plus souvent écourtée et spontanée de l'accouchement.

Beaucoup plus souvent l'extrémité céphalique présente un volume excessif par rapport aux dimensions du Déroit supérieur : c'est ce qui se produit chez les enfants dont le poids dépasse la moyenne (obs. 1, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 18, 19, 20). Il ne s'agit pas de disproportion



OBS. 8. — Hydrocéphalie légère

céphalo-pelvienne violente : la disproportion est parfois légère, parfois plus évidente.

L'excès de volume de la tête fœtale peut être dû à une malformation fœtale, tel qu'une hydrocéphalie légère (obs. 8) ou importante (obs. 25). On a invoqué une forme

spéciale de la tête fœtale tenant à la dolichocéphalie et prédisposant aux présentations du front. Nous avons été frappé, à la suite d'un accouchement par le front, de la forme de la tête du père. L'enfant né à la suite de cet accouchement, n'a pas survécu, ce qui ne nous a pas permis de suivre la modification de ses diamètres dans les jours suivants. BRINDEAU a signalé un cas semblable : « Le diagnostic avait été porté huit jours avant le travail et la tête conserva de façon définitive sa forme, chez un enfant dont le père était d'ailleurs nettement dolichéphale ».



Dolichocéphalie observée
chez le père d'un enfant né en front

La rupture prématurée des membranes, phénomène quasi-constant dans la présentation du front, relève vraisemblablement de l'anomalie d'accommodation ; secondairement par les troubles de la contraction qu'elle entraîne, elle est capable de rendre la déflexion définitive.

Une application de forceps « ratée » au Déroit supérieur peut donner une présentation du Front : « Pre-

nons au D. S. une présentation de la face ou du sommet, mais imparfaite, la tête étant mal fléchie, ou mal défléchie : cette tête était engagée, mais elle ne peut plus descendre. Ceci nécessite une intervention, par exemple un forceps. Si, au lieu de parfaire la flexion d'une tête mal fléchie, ou de parfaire la déflexion d'une tête mal défléchie, vous allez à l'encontre du mouvement ébauché par la nature, il en résulte une présentation du front ».
(JEANNIN)

En conclusion, dans l'étiologie de la présentation du front, se trouvent réunis toute une série d'anomalies, de troubles, dont le caractère essentiel est la discrétion.

Petite atteinte du bassin, petite disproportion céphalo-pelvienne, mais dont la conjonction au moment et au cours du travail entraîne dans une proportion non négligeable des accidents particulièrement redoutables.

CHAPITRE IV

MECANISME

Nombre d'auteurs ont nié une personnalité à cette présentation du fait qu'elle n'avait pas un mécanisme propre : la tête s'engage comme elle peut, progresse comme elle peut, tourne ou ne tourne pas, et se dégage comme elle peut. Parmi ceux qui en admettent l'individualité, l'accord n'est pas unanime.

POLLOSSON — Annales de Gynécologie 1892 — démontre que c'est « à tort » que MANGIALLI, DEVARIS, BLANC ont admis « la descente oblique du diamètre occipito-mentonnier avec l'extrémité mentonnière en bas », c'est-à-dire avec le menton situé plus bas que l'occiput. Si ce mode de descente était réel, il n'y aurait guère de raison de distinguer la présentation du front de celle de la face.

Aussi, POLLOSSON, cherche-t-il à démontrer, qu'au contraire, dans les présentations du front « le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation, de telle façon que l'extrémité occipitale du diamètre occipito-mentonnier pénètre avant l'extrémité mentonnière de ce même diamètre ». Mais alors remarque LE LORIER — in BRINDEAU — « on ne voit pas pourquoi la flexion commençante, qui amène déjà l'occiput plus bas que le menton, ne se complète pas pour nous donner une présentation du sommet ». Pour ce dernier « tout, dans

l'étude de la présentation du front, montre que c'est la théorie de Madame LACHAPELLE, qui est la bonne », c'est-à-dire, la persistance du parallélisme du plan de la circonférence d'engagement et de celui du Déroit supérieur.

En fait, cette présentation résulte soit d'un manque total, soit le plus souvent d'un vice d'accommodation, entraînant dans les différents temps, des anomalies. C'est dire qu'à côté du mécanisme général donné par tous les auteurs qui admettent cette présentation, il faudra songer au grand nombre de mécanismes particuliers dominés par les facteurs maternels et fœtaux.

Nous sommes donc appelés à considérer :

1) Les petites têtes dans un bassin normal, ou les têtes de volume normal dans un bassin vaste (obs. 3).

Cet accouchement est marqué par l'absence d'accommodation. La tête, non sollicitée, se trouve au Déroit supérieur en attitude indifférente : elle franchit le Déroit supérieur et progresse dans l'excavation au large; au déroit inférieur elle ne sera pas davantage sollicitée et se dégagera de la même façon que s'est effectuée sa progression (obs. 3, 5).

A aucun des temps, il n'a existé une sollicitation de la tête par les parties maternelles.

2) Dans les bassins rétrécis on n'assiste pas à une absence d'accommodation comme dans le cas précédent, mais à un vice, à une anarchie d'accommodation.

Le mode d'engagement, seul, a été surtout étudié. Il est intéressant cependant de noter dans la présentation du front, la présence à *tous les temps* de l'accouchement, de caractères particuliers conditionnés, par la déformation acquise de la tête au Déroit supérieur et l'état du bassin.

A. — ORIENTATION.

L'extrémité céphalique se présente au Déroit supérieur en faisant coïncider son plus grand diamètre avec celui du bassin.

En conséquence, la tête se met au Déroit supérieur le plus fréquemment en transverse, car il s'agit surtout de bassins aplatis. Elle se met en oblique lorsque le bassin est généralement rétréci.

B. — AMOINDRISSEMENT.

Ne se fait ni par flexion, ni par déflexion. La tête fait coïncider son plus grand diamètre occipito-mentonnier ou occipito-frontal 13 à 13 cm. 5 avec le diamètre transverse du bassin : 12 cm. L'engagement ne sera donc possible que par un amoindrissement *par tassement*, tendant à réduire les diamètres longitudinaux de la tête fœtale.

Cet amoindrissement est souvent aidé de certains mouvements de la tête qui, tendent à substituer au diamètre occipito-mentonnier le diamètre sous-naso-occipital légèrement plus petit, et par l'ouverture large de la bouche. Ces mouvements sont perceptibles au toucher lorsque la tête est au Déroit supérieur: nous avons observé plusieurs fois des mouvements de flexion-extension, de petite amplitude, se produisant au cours des contractions utérines. Mais surtout ce qui nous a frappé, c'est l'amplitude des mouvements d'asynclitisme. Au manque d'accommodation de la tête dans le sens transversal, paraît se substituer dans de nombreux cas un asynclitisme très marqué. De même que nous avons perçu des mouvements légers de flexion-extension, nous avons fréquemment rencontré des mouvements de baseule de la tête, amenant, au centre de l'aire du déroit supérieur, l'une ou l'autre bosse frontale qui cherche la position la plus propice à son engagement ultérieur.

Ces mouvements sont, nous le pensons, des manifestations de l'accommodation dans le sens antéro-postérieur.

C. — ENGAGEMENT.

Il est toujours tardif, lorsque le travail prolongé a entraîné au niveau de la tête des modifications plastiques telles, que ses dimensions sont devenues compatibles avec le franchissement du Déroit supérieur.

En effet, comme il n'y a pas eu d'amoindrissement des diamètres soit par flexion, soit par extension et que la tête garde sa position intermédiaire, il s'opère une véritable réduction de celle-ci par tassement qui se prolonge pendant toute la durée de l'engagement. Ce phénomène se manifeste par une modification des diamètres O F et O M et un chevauchement considérable des os du crâne.

Dans les variétés frontales le menton et l'occiput restent sur le même plan comme l'a décrit Madame LACHAPPELLE.

Dans les variétés bregmatiques le menton paraît toujours plus élevé comme l'a signalé POLLOSSON.

De plus l'asynclitisme de la tête au Déroit supérieur peut persister pendant et après l'engagement. Une des faces latérales de la tête est alors plus accessible que l'autre : « la tête est inclinée sur le côté, et, la joue occupant le centre du bassin, l'oreille est accessible ». (Variété malaire de TARNIER et CHANTREUIL.)

D. — DESCENTE.

Dans la cavité pelvienne, certains caractères de la progression nous ont frappé.

La tête progresse comme elle s'est engagée; c'est le cas le plus fréquent. Si l'engagement se fait en transverse

la progression s'effectue ainsi jusqu'à la partie basse de l'excavation. Si l'engagement s'est effectué en asynclitisme dans l'excavation, l'exploration montrera qu'une des bosses frontales est toujours plus accessible que l'autre.

L'attitude acquise au moment de l'engagement paraît donc définitive.

Parfois, au cours de la progression, certains petits mouvements de flexion (obs. 5) ou de déflexion (obs. 1) peuvent se produire; mais nous n'avons jamais observé d'évolution spontanée en sommet et en face, la tête étant engagée.

E. — ROTATION.

Nous avons toujours vu ce temps se produire à la partie basse de l'excavation, et même au détroit inférieur. « Etant donné les déformations du crâne et l'adaptation au bassin, la rotation qui, normalement, se fait à mesure que la tête progresse dans l'excavation, ne s'observe, dans le front qu'au niveau du plancher périnéal ». (« ALZOLA — Thèse 1934 — Evolution spontanée dans les présentations du front »). Elle amène le front en avant; c'est le temps au cours duquel nous avons noté le plus d'anomalies.

Ou il s'effectue partiellement, ou il est impossible, même lorsque l'extraction se fait par forceps (obs. 9).

Ce fait, signalé également dans l'accouchement de la face, relève de deux facteurs : l'aplatissement du Déroit supérieur est associé à un rétrécissement étagé d'avant en arrière de l'excavation; l'occiput plus saillant encore que dans la face ne peut venir se loger dans la concavité sacrée inexistante : cas du bassin canaliculé.

L'existence d'une déformation asymétrique de la tête fœtale : lorsque, par exemple, la tête a progressé en

asynclitisme antérieur. La bosse frontale antérieure, plus saillante, forme, au cours de la rotation, un butoir contre l'arc antérieur du bassin.

F. — DEGAGEMENT.

Dans un certain nombre de cas, il ne présente rien de particulier. Une fois que la face regarde le pubis, elle va par un mouvement de flexion forcée, faire sa sortie, en prenant appui sur des points variables. Ces points qui lui servent pour pivoter, sont la racine du nez, ou la région sous nasale. Souvent, c'est la bouche qui, ouverte déjà au passage du Détroit supérieur, semble mordre la symphyse. Ce fait a pour résultat une diminution des diamètres à dégager et une sortie plus facile de la tête avec moins de risques pour le périnée. *

Mais dans une proportion non négligeable (8 fois sur 15 accouchements par les voies naturelles), le dégagement se fait en position oblique ou transverse. Le mode de dégagement est une conséquence directe de l'absence de rotation et relève du même mécanisme.

Dans un premier temps, le maxillaire supérieur entre en contact avec la symphyse pubienne : le reste du dégagement se produit par inclinaison de la tête sur l'épaule antérieure.

En résumé, ce qui domine dans l'étude de l'accouchement par le front, c'est qu'il existe autant de mécanismes que d'anomalies possibles, tenant les unes au bassin, les autres au fœtus et c'est pourquoi certains auteurs ont résolu la question en disant que « dans le front, la tête s'engage, progresse et se dégage comme elle peut ».

CHAPITRE V

DEFORMATIONS PLASTIQUES DE LA TÊTE FŒTALE

PINARD considérait que l'accouchement par le front ne pouvait avoir lieu que « si certaines dimensions du bassin et de la tête et surtout une certaine plasticité particulière de la tête » étaient réalisées .

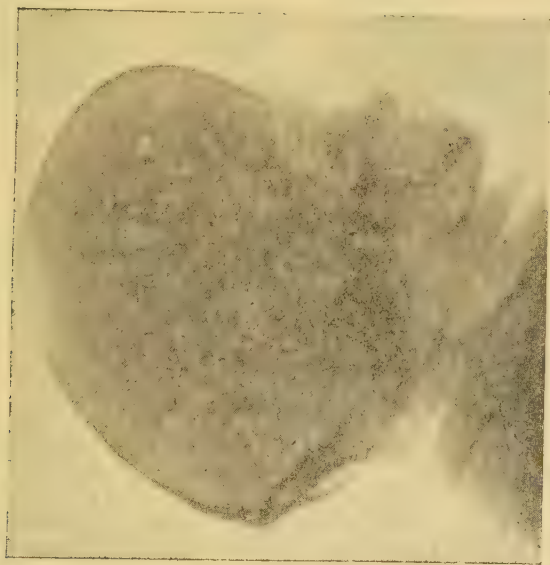
La plasticité du crâne fœtal est l'élément primordial pour que la tête puisse sortir spontanément. Nous avons vu qu'au détroit supérieur, elle présentait des diamètres disproportionnés à la filière qu'elle devait traverser : en outre, son amoindrissement étant impossible par le mécanisme habituel aux autres présentations, elle ne pouvait que transformer sa structure.

L'aspect de la tête du fœtus après la naissance est marqué par la proéminence de la région frontale qui surplombe la face. A partir de la région bregmatique, la voûte crânienne descend obliquement en arrière vers l'occiput, presque rectiligne. La région occipitale est saillante en arrière; le sous-occiput paraît souvent caché sous la voûte formée par les pariétaux qui le recouvrent en « tuile faitière » (obs. 13 et radio).

Le chevauchement est d'ailleurs considérable au niveau de toutes les sutures, mais c'est dans la région occi-



OBSERVATION 14



OBSERVATION 13

Déformations plastiques de la tête fœtale

pitale qu'il paraît le plus marqué, favorisé par la fermeture de l'angle formé par le corps et l'écaille de l'occipital.

Suivant qu'il s'agit d'une variété frontale ou bregmatique quelques détails sont particuliers.

Dans la variété frontale : la bosse séro-sanguine siège très en avant sur les bosses frontales, saillant en avant; en bas, elle infiltre les paupières, la racine du nez, la région malaire; en arrière elle s'arrête à la partie anté-



Obs. 13. — Bosse séro-sanguine. Variété frontale

rieure ou moyenne du bregma dont elle ne gêne pas la perception. Cet aspect particulier avait beaucoup frappé MAURICEAU. Il raconte qu'il accoucha « une femme dont l'enfant, qui s'était présenté la face devant, vint au monde si livide et si contrefait que son visage en paraissait tout semblable à celui d'un Ethiopien, nonobstant quoi je ne laissai pas que de l'amener vivant. Aussitôt que la mère s'en fut aperçue, elle me dit qu'elle s'était toujours bien doutée que son enfant serait aussi hideux, à cause qu'au commencement de sa grossesse elle avait regardé fixement, et avec grande attention, un Maure ou Ethiopien,

d'entre ceux dont Monsieur de GUISE avait toujours grand nombre à sa suite; pour lequel sujet elle souhaitait, ou du moins ne se souciait aucunement qu'il mourut, afin de ne pas voir un enfant si défiguré qu'il paraissait pour lors ».

Dans la variété bregmatique : la bosse séro-sanguine, masque complètement la grande fontanelle, s'arrêtant en avant aux arcades orbitaires, en respectant les paupières; par contre en arrière, elle s'étend sur la partie antérieure des pariétaux.

Qu'il s'agisse d'une variété frontale ou bregmatique, la bosse séro-sanguine est rarement disposée symétriquement sur la région fronto-bregmatique.

Nous avons signalé, à propos du mécanisme, la persistance d'une inclinaison latérale de la tête (Variété malaire de TARNIER et CHANTREUIL) : dans ce cas, la bosse séro-sanguine est déportée latéralement. Parfois même, elle siège sur un seul frontal, et alors déborde largement sur la région maxillo-malaire.

Enfin, nous avons noté dans la région de l'écaille de l'occipital, l'existence d'une infiltration peu étendue qui répond à une petite bosse séro-sanguine, (fait observé par le Professeur COUVELAIRE).

Les déformations plastiques de la tête ont comme conséquence, l'allongement des diamètres verticaux, surtout du sous-mento-bregmatique qui mesure 11 à 12 cm. L'occipito-frontal paraît légèrement augmenté.

Nous notons dans la série de nos observations :

8 cas dépassant 12 cm. et 4 dont le diamètre reste normal sur 15 accouchements par voies naturelles.

5 cas supérieurs ou égaux à 12 cm. sur 7 opérations césariennes. (Nous n'avons pu prendre les diamètres que 7 fois sur 10 interventions.)

L'occipito-mentonnier est allongé dans la plupart des cas.

8 supérieurs à 12 cm. 5, cinq aux environs de 12 cm. 5 sur 15 accouchements par voies naturelles.

6 cas supérieurs à 12 cm. 5 et un égal à 12 cm. (sur 7 opérations césariennes contrôlées).

Quant au diamètre maximum de Budin, il est diminué à cause de l'aplatissement des pariétaux. La tête revêt dans son ensemble, l'aspect d'un coin triangulaire dont « la grosse extrémité serait formée par la face et le front, tandis que la petite extrémité serait représentée par l'occiput ».

Le diamètre qui paraît être utilisé dans la présentation du front, est un *diamètre sous-naso-occipital* de l'ordre de 12 cm. 5 qui répond parfaitement au diamètre transverse du détroit supérieur. Ce diamètre est d'autant mieux utilisable que la bouche du fœtus est toujours ouverte et que le maxillaire inférieur subit une rétropulsion. Le point le plus saillant de la partie postérieure de la tête fœtale est variable. Parfois il répond au siège habituel, c'est-à-dire au point situé un ou deux centimètres au-dessous de la petite fontanelle, à la partie la plus saillante de l'occiput, mais aussi (obs. 13) il peut se trouver au niveau même de la fontanelle postérieure.

Les déformations plastiques de la tête fœtale nous paraissent précoces. Nous nous en sommes rendus compte à l'examen des enfants nés après opération césarienne : dans l'observation 2, il n'y avait pas de travail, dans l'observation 7 le travail avait duré 3 heures et déjà les déformations étaient évidentes.

Quant à déduire qu'elles soient toujours à l'origine du front, nous ne le pensons pas car elles disparaissent quelques jours après l'accouchement, comme l'ont montré les prises systématiques des diamètres céphaliques

pendant les jours suivant la naissance. Mais leur existence précoce nous fait entrevoir le résultat problématique des tentatives manuelles destinées à corriger la déflexion incomplète.

CHAPITRE VI

EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

Certains accouchements par le front s'amorcent et se terminent normalement après un travail dont la durée n'excède pas celle d'un accouchement par le sommet : le diagnostic n'est fait qu'au moment du dégagement. D'autres, par contre, débutent anormalement, et se poursuivent de telle façon, qu'une anomalie entraînant l'autre ou s'ajoutant à une autre, on peut assister, si l'accouchement est abandonné à lui-même, à un complexe dystocique et à des accidents redoutables tant pour la mère que pour l'enfant.

Deux ordres de faits sont à distinguer :

A. — LES ACCOUCHEMENTS EVOLUANT SPONTANEMENT.

On peut obtenir avec l'aide de la nature, certes dans des conditions particulières, une évolution spontanée. Que le bassin soit ample ou que la tête soit petite ce sont indubitablement des facteurs favorisant cette évolution. Un bassin de dimensions normales, associé à une fibre musculaire qui a conservé intacte sa valeur physiologique, et une tête moins volumineuse que normalement, favorisent notablement l'accouchement spontané : Obs. 5. Un bassin anormalement ample et une tête normale

(Obs. 3) donnent également lieu à un accouchement, occasionnant sans doute des efforts plus considérables, mais néanmoins sans histoire.

B. — LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES.

L'existence d'un léger degré de rétrécissement du bassin, ou l'excès de volume céphalique par rapport au bassin donnent à l'accouchement par le front quelques aspects particuliers.

1) *La rupture prématurée des membranes.*

Est la règle (2/3 des cas). Nous l'avons observée plus spécialement chez deux primipares (Obs. 2 et 6) : la rupture des membranes s'est effectuée 43 et 36 heures avant tout début de travail. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette ouverture anormale de l'œuf. Dès que l'œuf est ouvert, l'enfant est en danger : il n'est plus protégé par son enveloppe liquide : la contraction utérine peut exercer sur lui des pressions directes et compromettre son existence. Mais surtout la rupture prématurée favorise, par l'alcalinisation du vagin, l'ascension des germes dans la cavité ovulaire, donc l'infection.

Elle nous oblige, au point de vue thérapeutique, à prendre souvent position avant tout début du travail. Malgré les progrès enregistrés dans les opérations abdominales depuis la pratique de la césarienne basse, celle-ci ne peut être pratiquée qu'avec une marge de sécurité qui n'est pas infinie : plus les heures passent, plus les contre-indications à cette opération s'accumulent.

Attendons-nous ? Passé un certain délai, l'expectative ne nous permet plus d'espérer, en un temps court, une évolution suffisante du travail qui fasse la preuve éventuelle de l'engagement. Et cela, d'autant plus que la rupture prématurée, tout comme le défaut de flexion céphalique s'accompagne de :

2) *Dystocie du travail.*

La dilatation est particulièrement lente (16 h., 20 h., 28 h., 31 h. 45, 36 h. 15) présentant des pauses parfois longues, se compliquant à un degré plus ou moins marqué d'œdème du col, parfois du vagin (obs. 4).

Les contractions sont souvent troublées; en qualité, en durée, dans leur intervalle. On observe des alternances d'hyperkinésie et d'inertie pendant plusieurs heures. Les antispasmodiques, qui agissent d'une façon si efficace sur les contractions et la dilatation dans un accouchement par le sommet, entraînent dans ces cas des phénomènes paradoxaux : ou ils n'ont aucune action, ou ils arrêtent le travail de nombreuses heures. Nous signalons dans l'observation 12, un trouble de la contraction bien caractérisé; se manifestant par l'existence, à mi-hauteur du corps utérin, d'un anneau de contraction répondant à la partie moyenne du dos du fœtus. La dilatation d'ailleurs n'a en rien été troublée (Syndrome de Demelin), mais naissance d'un garçon mort-né pesant 3 kg. 250. Il est vraisemblable de conclure à la mort de cet enfant par gêne de la circulation placentaire.

3) *L'engagement.*

Est laborieux, tardif à dilatation complète : nous l'avons vu au mécanisme; mais ce qui est particulier au front c'est : *l'enclavement*.

La tête reste au-dessus du détroit supérieur, bloquée : une énorme bosse séro-sanguine est apparue, remplissant l'excavation et faisant croire à l'engagement. En réalité, il n'en est rien, malgré les contractions, malgré la longueur du travail, l'évolution spontanée est impossible.

Nous n'avons pas observé cette évolution classique.

- 4) Nous avons vu la fréquence de *dégagement* en position oblique ou transverse.

5) La longueur du travail s'accompagne d'un certain nombre de ses conséquences habituelles : *souffrance fœtale* avec liquide amniotique plus ou moins modifié; *infection amniotique* plus ou moins sévère, qui compromettent la viabilité du fœtus. Sa vie, d'ailleurs, est encore mise en péril par trois ordres de faits.

— La compression crânio-cérébrale intense due à la difficulté de l'engagement et de la descente de la tête fœtale à travers l'excavation.

— La compression du cordon entraînant l'asphyxie du fœtus, soit parce que la tige funiculaire fait procidence, soit parce qu'elle est enroulée autour du cou et comprimée entre celui-ci et l'occiput.

— La compression des vaisseaux du cou entraînant l'hyperhémie et même l'hémorragie cérébrale.

6) *Rupture utérine.*

Toutes les statistiques sont d'accord : le pronostic est grave tant pour la mère que pour l'enfant.

Pour la mère, à côtés des dangers dûs à la longueur du travail, à la fréquence des interventions et, partant au surmenage et à l'infection, on a signalé la possibilité de rupture segmentaire.

Deux causes très intimement liées l'une à l'autre, nous paraissent déterminer cette dernière : la contraction utérine devenue anormale par son énergie et sa durée, et la compression exercée au niveau du segment inférieur par une tête qui ne peut plus progresser. Les membranes étant rompues, l'utérus s'est vidé du liquide amniotique. Il s'applique étroitement sur le fœtus dont il épouse les formes : il tente de le faire progresser, mais en vain; un rétrécissement du bassin, un excès de volume ou une déformation par trop accentuée de la tête fœtale ne le permettent pas. Dans cet effort improductif le muscle utérin finit par se contracturer, se tétaniser. Il pousse, à la

manière d'un véritable piston, le corps fœtal au travers du boyau segmentaire aminci, et élimé, si bien que, finalement la tête le traverse, déterminant un éclatement du segment inférieur qui se propagera ou non vers le col en bas, ou vers le corps en haut.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC DE LA PRESENTATION DU FRONT

On est amené à le poser dans deux circonstances différentes.

1) *En dehors ou au début du travail :*

Le toucher n'est d'aucun secours, le diagnostic doit être fait par le *palper*, et, à ce propos nous ne partageons pas l'opinion de certains auteurs qui considèrent ce diagnostic comme impossible en dehors du travail (BRAULT). Le palper doit être systématique, « critique », doux, patient, répété entre les contractions utérines : il n'est pas exempt de difficultés car l'utérus est parfois tendu presque en permanence. L'exploration de la région dorsale du fœtus demande de l'attention; elle est assez difficile, mais très importante. Les données qu'elle fournit, jointes à celles que l'on obtiendra par le palper de la tête, sont en effet caractéristiques de la présentation. La main qui cherche à suivre le dos en allant du pôle pelvien au pôle céphalique ne tarde pas à perdre peu à peu la sensation de résistance qu'offre le plan postérieur du fœtus : car ce plan s'éloigne de plus en plus de la paroi utérine, à cause de l'attitude particulière du fœtus. Il faut « déprimer lentement et profondément la paroi abdominale; car cette surface résistante et continue semble s'en-

foncer dans la cavité abdominale ». (PINARD) La saillie du thorax nous a également frappés. Effacement du dos et saillie du thorax sont la conséquence de la lordose de la colonne vertébrale qui accompagne toujours les déflexions. En tout cas, si le palper ne nous permet pas de recueillir des renseignements certains, au moins peut-il évoquer la possibilité d'une déflexion de la tête.

Il faut commencer par repérer le côté du dos : plan lisse et régulier, parfois difficile à distinguer du plan ventral où les petites parties sont peu manifestes; plusieurs examens espacés pourront permettre une précision. Cette difficulté de distinguer de quel côté est le dos, vient du fait que celui-ci est très fréquemment en avant comme le montrent les radiographies.

On passe ensuite au palper de la tête; elle est haute; au-dessus du détroit supérieur. On sent deux saillies : celle du menton et celle de l'occiput; c'est le point important. Nous avons pu observer le classique « coup de hache »; trouver la saillie « en fer à cheval » du maxillaire inférieur, perçue du côté opposé au « coup de hache » et qui, pour BUDIN, est un signe pathognomonique de la présentation du front. Mais nous voulons surtout insister sur le fait que très souvent la saillie du menton est moins apparente que celle de l'occiput. Cette discrétion de la saillie mentonnière est l'origine de l'erreur de diagnostic.

Sans palper davantage, sans faire la critique des signes recueillis, la saillie de l'occiput est prise pour celle du menton d'une tête bien fléchie; et, sans rechercher à nouveau le côté du dos, on pense qu'on a fait primitivement une erreur : on le localise de l'autre côté et cela d'autant plus facilement que les bruits du cœur sont souvent perçus de côté opposé au dos.

Alors que si, ayant de nouveau, palpé soigneusement et bien repéré le dos, on avait constaté que la saillie sié-

geait du même côté, il eut été facile d'affirmer la déflexion de la tête.

Du moins aurait-on pu en évoquer la possibilité, et infirmer ou confirmer cette impression par une recherche que nous considérons comme indispensable : la radiographie.

La radiographie montre les deux signes nécessaires et suffisants : le redressement de la colonne vertébrale, la déflexion partielle de la tête.

Il semble qu'assez fréquemment le tronc du fœtus présente un certain mouvement de torsion par rapport à la tête; torsion responsable de l'attitude du dos fœtal en avant. De plus, seule la radiographie permet de poser le diagnostic d'anomalie fœtale discrète, hydrocéphalie par exemple.

Nous avons observé certes des erreurs de palper; mais c'est le palper aidé de la radiographie qui fit poser le diagnostic précocement dans les observations 2, 11, 19, 25. Ainsi donc, nous considérons palper et radiographie comme deux éléments essentiels du diagnostic de la présentation au début du travail.

2) *Au cours du travail.*

Les signes de présentation du front recueillis au toucher sont classiques,

Lorsque les membranes sont intactes, on rencontre habituellement une poche des eaux volumineuse dont la rupture précoce est habituelle. Quand la tête a commencé à descendre dans l'excavation, on trouve que celle-ci est remplie par une tumeur dure, arrondie, mais en même temps plus saillante que ne l'est habituellement la présentation du sommet : il faut toucher avec beaucoup de précautions pour ne pas rompre la poche des eaux.

Lorsque la dilatation du col est suffisante, on arrive

à percevoir la suture sagittale, la grande fontanelle, la suture métopique, puis sur un nouveau versant, les arcades orbitaires, les yeux et la pyramide nasale.

Dans la variété frontale, le doigt pourra atteindre la bouche.

Dans la variété bregmatique, la grande fontanelle apparaît comme le point le plus déclive de la présentation. Le doigt pourra, d'un côté, suivre la suture métopique jusqu'au voisinage de la glabelle, de l'autre la partie antérieure de la suture sagittale.

Il est important de noter les caractères qui distinguent la présentation du front de la présentation du sommet et de la présentation de la face.

Dans le sommet, on explore très facilement la petite fontanelle et on peut la dépasser en se dirigeant vers la protubérance occipitale, alors que, si on atteint la grande fontanelle, on ne la dépasse guère du côté de la suture métopique.

Dans les présentations de la face, on explore facilement le menton d'un côté, la glabelle et la portion initiale de la métopique de l'autre, mais sans jamais atteindre la grande fontanelle.

Dans le front, si on explore facilement la grande fontanelle, on ne peut atteindre, ni le menton d'un côté, ni la petite fontanelle du côté opposé.

Mais avec l'évolution du travail, ces signes peuvent être difficiles à percevoir. La bosse séro-sanguine, surtout dans la variété bregmatique, peut infiltrer la partie accessible de la présentation, et emplir l'excavation de sa masse tendue, rénitente, sans saillie ni dépression. Certains caractères du travail cependant, joints à des détails du toucher et du palper, pourront faire penser à une présentation irrégulière : on pourra parfaire le diagnostic par le toucher manuel profond et surtout la radiographie.

Le diagnostic de l'engagement.

Il est difficile parfois et l'existence de la bosse séro-sanguine en fait encore, non un diagnostic de toucher mais un diagnostic de palper.

Le diagnostic de présentation du front est au total un diagnostic de palper; moyen d'exploration trop souvent négligé ou utilisé d'une façon superficielle dont les insuffisances pourront être corrigées par un examen radiographique.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

A. — LES TECHNIQUES

Parcourons la littérature obstétricale; nous constatons que jusqu'au début du XVIII^e siècle, les accoucheurs ignoraient la possibilité d'une présentation du front. Pour eux, la science des accouchements se résumait en ces quelques lignes d'Ambroise PARE : « Or, pour qu'un accouchement soit bon, il faut que l'enfant vienne à terme et suive les eaux, et qu'il sorte la tête la première : en cela est requis grande force à la mère et à l'enfant ».

BAUDELOCQUE, en donnant, parmi ses 94 présentations, droit de cité à la présentation du front, ouvrit l'ère des discussions. Le désaccord règne parmi les accoucheurs sur le mode d'intervention. Ce désaccord résulte à notre avis, non pas tant de l'absolutisme des observateurs voulant imposer exclusivement leur procédé, que de la variété des mécanismes de cette présentation.

I. — L'EXPECTATIVE.

« Dans cette école clinique, fondée par DUBOIS, on y a enseigné en tout temps aux médecins et aux élèves, qu'il ne fallait rien faire le plus souvent. Quant à moi,

« je me suis toujours efforcé de vous montrer combien
« il est utile de suivre ce précepte ». (DEPAUL — Leçons
« de clinique obstétricale). On ne doit pas enlever à la
« femme la moindre chance d'un accouchement spon-
« tané, si improbable soit-il ». (CHEVALIER — Thérapeu-
tique des Présentations du Front — Thèse 1909.) Cette
méthode réserve des surprises et bien rarement, malheu-
reusement, des surprises agréables. Aussi ne l'adopterons-
nous qu'après avoir fait soigneusement l'examen critique
de certains facteurs : l'absence d'atteinte pelvienne, le
volume de l'enfant, la plasticité du crâne fœtal, la qualité
des contractions. Il apparaît donc avec évidence que l'ex-
pectative doit toujours être « armée ». Dans 60 à 80 %
des cas, en effet, nous serons obligés d'abandonner l'ex-
pectation pour recourir à une des opérations que nous
allons passer en revue.

La technique de l'expectation est... simpliste, mais
assez pénible. Nous serons contraints de rester toute une
nuit auprès de la parturiente afin de surveiller par des
examens *peu nombreux et prudents* l'évolution du méca-
nisme, et de nous assurer, par des auscultations fréquen-
tes, du bon état du fœtus.

II. — MUTATIONS DE PRESENTATION.

OSTER dans sa thèse. — (Contribution à l'étude de la
présentation du front, 1907) — entrevoyant les consé-
quences dangereuses d'une atteinte trop prolongée, re-
jette l'expectative et estime qu'il est préférable de con-
jurer les complications et d'agir immédiatement au mieux
des intérêts de la mère et de l'enfant. « Cette manière
d'agir est certainement légitime avant tout engagement :
la tête reconnue en état de demi-flexion est encore mal-
léable et peut être facilement convertie en présentation
de la face ou du sommet ». Nous avons le choix entre
ces deux conduites.

a) S'agit-il de transformer une présentation du front en face ?

Dans ce cas d'après Madame LACHAPELLE, on accroche le menton pour l'abaisser, ou bien d'après SOLOWIEFF et ROSE, on introduit deux doigts dans la bouche du fœtus et l'on abaisse le maxillaire supérieur. Le plus souvent on y joint une rotation du menton en avant. Les résultats suivants ont été observés :

La statistique d'HENRICIUS comprend 10 cas de correction en face : 7 enfants furent obtenus vivants : soit une mortalité fœtale de 33 %.

Celle de VON FRANQUE indique la même correction dans 14 cas, sur les 342 de la série avec une mortalité de 14,3 % pour les enfants.

« A LUND, l'intervention fut pratiquée 5 fois, mais elle ne réussit qu'une seule fois ».

Deux enfants succombèrent à la suite de ces manœuvres. (SJÖWALL — Gynécologie et Obstétrique, 1934)

b) La transformation en présentation du sommet peut se faire soit par manœuvres externes, soit par manœuvres mixtes.

En 1873, SCHATZ ayant étudié, d'une façon approfondie, l'action que l'accoucheur peut exercer sur le fœtus, à travers la paroi abdominale, décrit un procédé.

— On soulève les épaules et la partie antérieure du fœtus de manière que la tête soit mobile.

— Une main pèse sur la tête et la dirige vers le plan antérieur.

— Un aide repousse le siège en bas et du même côté que la tête.

La manœuvre de SCHATZ n'est pas d'une exécution aussi commode qu'on pourrait le croire; et « quand la double barrière qui protège le fœtus est assez complai-

sante pour se laisser suffisamment déprimer », il faut après avoir saisi l'épaule antérieure, attendre l'épaule postérieure qui se dérobe.

FRISTCH devant une femme présentant une obliquité utérine manifeste, en rapport avec une présentation du front, conseille de laisser longtemps la parturiente en décubitus ventral ou latéral : cette attitude restituerait à l'utérus sa direction normale. « Des résultats récents paraissent justifier le recours à cette méthode d'ailleurs facile à essayer et non dangereuse ».

Mais ces manœuvres simplement externes mènent si rarement au but qu'elles n'ont aucune valeur pratique. SJÖWALL et THIERRY leur préfèrent les manœuvres mixtes ou internes.

D'après BAUDELOCQUE, une main pénétrant profondément dans les organes génitaux, empaume l'occiput, et agissant sur ce bras de levier, puissant et facile à saisir, produit un mouvement de flexion.

PINARD a préconisé des manœuvres mixtes pour obtenir la réduction. Une main toute entière, ou tout au moins deux doigts, sont introduits par la voie vaginale au contact de la fontanelle antérieure : en même temps l'autre main va, à l'extérieur, prendre contact avec l'occiput.

« Tandis que les doigts qui sont dans les organes génitaux presseront de bas en haut sur le frontal, les doigts appliqués sur l'occiput, à travers la paroi abdominale, presseront de haut en bas. Pour réussir, il est nécessaire que les pressions soit dirigées non seulement de haut en bas, mais encore latéralement en sens inverse ». PINARD opère, la femme étant en position obstétricale : la manœuvre réussit soit en agissant au moment des contractions, soit dans l'intervalle.

La manœuvre de THORN est une variante de la manœu-

vre de PINARD; elle comporte l'emploi de manœuvres mixtes et combinées. Comme PINARD, THORN produit la flexion de la tête en agissant par la voie vaginale sur le front, pendant qu'une main abdominale fait basculer l'occiput vers l'excavation. Mais, en outre, THORN, au moyen de pressions exercées sur la poitrine du fœtus, puis sur le siège, transforme la lordose de la présentation du front, en cyphose de la présentation de l'occiput.

SJOWALL emploie, la plupart du temps, la manœuvre de Muus : la main droite est introduite dans l'utérus; on fait tourner la tête de manière à ramener la petite fontanelle en avant; on la fléchit ensuite au maximum, puis on applique la branche gauche du forceps et la main est retirée; la main gauche est alors introduite, l'attitude est de nouveau corrigée, la tête est fortement pressée contre la branche gauche et l'on applique la branche droite.

« Dans 11 cas, la correction en présentation du sommet fut tentée. La manœuvre réussit 7 fois, échoua 4 fois. Trois enfants succombèrent après leur naissance, dont 2 par suite de lésions obstétricales et le troisième par rupture d'un spina bifida ». (SJOWALL — Gynécologie et Obstétrique — 1934.)

c) En général, ces interventions qui tendent à transformer la présentation du front en une présentation du sommet ou de face, sont délicates dans leur application et infidèles dans leur résultat. Nous pensons que, s'il est possible d'effectuer ces mouvements de bascule, il est bien plus difficile de maintenir la nouvelle présentation : le rétrécissement plus ou moins accusé du bassin empêche l'engagement rapide et force la tête à reprendre sa position primitive.

L'existence précoce des déformations plastiques du crâne fœtal rend problématique le résultat des tentatives manuelles destinées à corriger la déflexion incomplète.

La rupture prématurée ou précoce des membranes entraîne la rétraction, sinon la contracture de l'utérus, et expose à la rupture utérine avec toutes ses conséquences.

Enfin, les résultats enregistrés par SJOWALL ne sont pas tellement satisfaisants, que l'on puisse, sans critique, admettre ces manœuvres. Nous concluerons par ces paroles de PINARD : « J'ai décrit naguère une manœuvre destinée à transformer la présentation de la face en une autre présentation : aujourd'hui n'y ayez jamais recours ».

II. — VERSION AVEC EXTRACTION IMMEDIATE :

« Si ces manœuvres échouent, le mieux est la version podalique » affirme MARET (Gynécologie et Obstétrique). Certes, c'est une très bonne opération et tellement tentante. Seulement, la version ne peut se faire, ne doit se faire, que si certaines conditions sont remplies.

Il faut que la poche des eaux, soit intacte. Tout au moins il faut qu'elle ne soit pas rompue depuis longtemps; qu'il reste du liquide dans l'œuf, que l'utérus ne soit pas rétracté sur le fœtus; que la présentation ne soit pas engagée, qu'enfin la *dilatation soit complète*.

Voilà qui limite singulièrement les indications.

La rupture prématurée ou précoce est la règle : l'utérus vide de liquide amniotique se rétracte et gante étroitement le fœtus.

La dilatation est particulièrement lente, présentant des pauses, et se complique souvent à un degré plus ou moins marqué d'œdème du col.

Nous ne signalons pas une des causes principales du front, le léger aplatissement du bassin qui, à notre avis, facilite plus qu'il ne gêne le passage de la tête dernière.

La version se pratique sous anesthésie générale, car

seule cette anesthésie relâche l'utérus : les temps opératoires sont au nombre de quatre.

— Introduction de la main et recherche des pieds. On se sert de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus.

— Evolution. On fait évoluer le fœtus en tirant sur le pied antérieur ou les deux pieds, si on a pu les saisir. On ne tire que si l'utérus est bien relâché : on arrête si la moindre contraction survient.

— Extraction : on extrait comme si on était en présence d'un siège.

— Revision de l'utérus que l'on doit pratiquer immédiatement après la délivrance. Elle se propose de rechercher, non les débris placentaires, mais la rupture utérine particulièrement fréquente dans la présentation du front. En général, le segment inférieur, en donnant la sensation dite de cuir bouilli, avertit l'opérateur de ne pas insister davantage et permet d'éviter la rupture.

VON FRANQUE — cité par SJOWALL (Gynécologie et Obstétrique 1934) — sur 342 cas exécuta la version dans 57 cas : il y eut 19 morts-nés, soit 33 %. Cet auteur en conclut que la version est la méthode qui contribue le moins à l'amélioration du pronostic. Nous ne le pensons pas : mais il est à remarquer que, d'une manière générale, la version a donné de moins bons résultats dans le front que dans ses autres indications. Aussi ne l'emploierons-nous que très accessoirement et dans des cas extrêmement favorables.

IV. — LE FORCEPS.

Il se peut que la tête restant au détroit supérieur, on soit contraint de hâter la terminaison de l'accouchement : le travail ne se fait plus ou mal ; la présentation ne progresse plus ; il y a de l'infection amniotique et le fœtus

souffre. Il faut alors faire une application de forceps. Mais le forceps ne peut être appliqué que si la présentation est engagée et la dilatation complète; or, ceci est exceptionnel dans le front. Le pronostic des applications de forceps dans ces conditions est donc sérieux. Il ne faut d'ailleurs pas s'obstiner dans des tentatives brutales de traction et de rotation.

« On ne doit jamais s'acharner, dit PINARD, à vouloir extraire le fœtus quand même; car ce n'est que trop souvent, qu'en voulant atteindre l'idéal de LEVRET qui consiste à sauver la mère et l'enfant, qu'on les a sacrifiés tous les deux ». Mieux vaut, lorsque la tête est ainsi enclavée, et lorsque des tractions extrêmement douces n'auront pu triompher de la résistance, adopter une autre ligne de conduite.

V. — LA SYMPHYSEOTOMIE.

Un certain nombre d'accoucheurs restent partisans de cette opération pour des présentations arrêtées au détroit supérieur, à la condition que le bassin appartienne à la variété des bassins dits « limites ».

Par contre, nous connaissons un nombre au moins égal d'accoucheurs qui ne veulent, à aucun prix, en entendre parler.

« Avant son apparition, l'accouchement se produisait aux dépens du fœtus; l'accoucheur réservait 26 chances sur 100 de vie à l'enfant pour sauver la vie de la mère, encore n'y arrivait-il pas toujours ». (CHEVALIER, thèse 1909) — GRAVIER (thèse 1893), à l'instigation de VARNIER, propose la symphyséotomie d'emblée comme intervention de choix, pour les variétés frontales dans les bassins viciés; et dans les bassins normaux quand l'application de forceps n'a pu faire progresser la tête.

En 1894, VARNIER fait une leçon sur l'issue heureuse

de sa première intervention pour présentation du front. Il s'agit d'une femme ayant un bassin légèrement vicié, la dilatation est complète depuis 11 heures et la symphyséotomie permet d'extraire au forceps un enfant vivant.

En 1902, WALLICH fait une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. « Dans 7 cas traités par la symphyséotomie : mortalité maternelle 0, fœtale 2 cas, soit 28,5 % ». Mais des enfants succombaient : ils succombaient pendant le travail ou quelques jours après leur naissance et la cause de leur décès était presque toujours la même.

En effet, la symphyséotomie permet d'agrandir le bassin; mais que l'accouchement consécutif soit spontané, ou qu'une application de forceps soit nécessaire, l'enfant sortira par les voies génitales : or, la première condition est que la dilatation soit complète.

Que d'aléa dans l'attente de cette dilatation complète !

Dans le front le travail est toujours très long. La dilatation ne peut se faire rapidement que lorsque la poche des eaux est intacte : nous avons assisté dans le plus grand nombre de cas à la rupture prématurée ou précocce des membranes. Celles-ci rompues, c'est la tête fœtale ou plutôt la bosse séro-sanguine, volumineuse, développée à son point le plus déclive qui complètera la dilatation, et nous savons avec quelle lenteur.

Pendant toute cette période, si angoissante de la dilatation, l'accoucheur, désarmé, peut s'attendre à voir succomber l'enfant; la mère elle-même peut être victime d'une rupture utérine. Et quand, enfin, la dilatation étant complète, l'opération peut être pratiquée, l'enfant encore vivant présente souvent des traumatismes crâniens qui le font mourir peu de jours après sa naissance. Pour la mère il faut, au cours de l'extraction de la tête « exécuter un mouvement de rotation qui est difficile, c'est à ce moment que peut se produire la déchirure de la paroi

antérieure du vagin et même de la vessie ». (CHEVALIER, thèse 1909.)

On a essayé de pratiquer la section du pubis avant la dilatation complète, et de parfaire cette dilatation, le plus rapidement possible, par des procédés variés : incisions du col, dilatation manuelle, ballon de Champetier. Les résultats n'ont pas été probants.

VI. — LA CESARIENNE.

Ainsi la symphyséotomie n'est-elle pas la thérapeutique idéale. Une intervention pouvant être pratiquée extemporanément, quel que soit le degré de dilatation, au premier signe de souffrance du fœtus, permettra à l'accoucheur de sauver la vie de l'enfant, sans faire courir de plus grands risques à la mère. L'opération césarienne remplit ces indications et le professeur PINARD pouvait dire dès 1908 :

« Monsieur WALLICH vous a montré qu'en pratiquant la symphyséotomie, la mortalité fœtale était encore de 28 %. J'espère faire mieux, et pour cela, je pratique sans hésiter, l'opération césarienne. Non pas, certes, quand le front est engagé et progresse, mais quand la dilatation étant complète, la tête reste stationnaire ».

SJOWALL affirme la césarienne périlleuse et ne se reconnaît pas le droit d'exposer la mère aux dangers que comporte cette intervention : « D'après la statistiques de WINTER, par exemple, statistique provenant des cliniques allemandes la mortalité en est de 4,2 % ; elle est donc plus élevée que celle de n'importe quelle intervention vaginale ». (SJOWALL, Gynécologie et Obstétrique, 1934.)

Nous avons relevé un certain nombre de cas d'opérations césariennes et nos chiffres ne concordent pas du tout avec ceux précédemment cités.

Dans un rapport à la Société de Gynécologie et d'Obs-

tétrique de Lyon, Messieurs VORON et BROCHIER présentent les résultats de 130 opérations césariennes conservatrices pratiquées à la Clinique Obstétricale de novembre 1927 au 1^{er} avril 1937.

Mortalité maternelle : 3 cas c'est-à-dire	2,3 %
Mortalité primaire des enfants extraits	4,6 %

Lors de la Réunion Obstétricale de Lille, séance du 27 janvier 1937, Messieurs BUE, PALLIEZ et GERNEZ, rapportent les résultats de 131 césariennes basses, pratiquées à la Clinique Obstétricale de la Charité, du 1^{er} janvier 1932 au 31 décembre 1936.

Mortalité maternelle	0
Mortalité fœtale immédiate	3,81 %

Dans la série de nos observations, statistique bien modeste il est vrai, portant sur 9 césariennes :

Mortalité maternelle	0
Mortalité fœtale	0

La femme française supporterait-elle mieux la césarienne que la femme allemande ? Serait-ce une question de racisme ? A la vérité c'est une question de technique.

L'école allemande admettait, qu'en dehors des cas manifestement infectés, il fallait attendre au cours de l'épreuve du travail, l'apparition de la souffrance maternelle ou fœtale pour intervenir. C'est avec ces indications que SCHICKELE a défendu la césarienne basse au Congrès de Paris en 1921. Cette technique fut appliquée jusqu'en 1927. Aussi GINGLINGER dans « Etude sur vingt-quatre années de césarienne basse conservatrice » ; distingue-t-il deux périodes : de 1908 à 1927 : sur un total de 199 cas : mortalité maternelle 12, soit 6 % ; de 1927 à 1933 : 148 opérations césariennes : mortalité maternelle : 3, soit 2 %.

Ce n'est pas en faisant la part moins grande à la césarienne basse, dans la thérapeutique obstétricale, pour re-

venir à des interventions obstétricales de nécessité, peu satisfaisantes; ce n'est pas davantage en cherchant plus de sécurité dans de petits détails techniques que l'on a pu marquer un progrès; c'est en réussissant à poser plus précocement l'indication opératoire.

Au début du travail, des circonstances bien particulières doivent être réalisées pour qu'on puisse, d'emblée, poser l'indication de césarienne, dans la présentation du front : la femme a présenté « un front » lors d'un accouchement antérieur; le bassin est connu pour son rétrécissement. Néanmoins, une rupture prématurée de la poche des eaux, une procidence du cordon, un bassin mal perméable, accompagnant une déflexion céphalique, doivent faire prévoir l'opération césarienne. Le délai d'observation doit être bref, et nous devons, très rapidement, fixer notre conduite thérapeutique :

Attendre ou intervenir; mais ne jamais attendre, hésiter et intervenir, car nous ne serions plus maître des décisions opératoires. Nous serions réduits à des « solutions de nécessité » et le traitement ne pourrait être que celui d'une présentation négligée. L'indication opératoire doit être posée à un moment, où l'organisme maternel, non encore épuisé, peut faire les frais de l'intervention; avant l'infection que peut occasionner la rupture prématurée des membranes; avant qu'un travail trop prolongé compromette la viabilité du fœtus. Ainsi envisagée, il semble que la césarienne soit l'opération obstétricale de choix, car elle profite à la mère et à l'enfant.

B. — LES INDICATIONS

Les diverses conceptions concernant la présentation du front entraînent, par voie de conséquence, à une conduite variable suivant les auteurs.

Dès à présent, nous voyons que, suivant les interprétations, certains adopteront l'expectative prolongée, d'autres interviendront précocement, surtout par opération césarienne.

Le traitement que nous appliquons aux présentations du front est une conséquence directe et logique de la définition que nous avons adoptée : il y a présentation du front, quand au bout de quelques heures, le travail n'amène aucune modification de la déflexion céphalique, la tête restant au-dessus du détroit supérieur.

Le traitement ne doit pas être uniquement basé sur des données imprécises des impressions inexprimées, tirées du « sens clinique », mais opportuniste et ne pas négliger les données de l'examen clinique.

Rappelons que le volume du fœtus, une malformation de celui-ci, l'état du bassin doivent être considérés tour à tour. Si la déflexion ne permet pas à elle seule d'envisager systématiquement l'intervention, les causes qui peuvent être à l'origine du front et qui en font habituellement un complexe dystocique, l'appellent. En présence d'une présentation du front, il convient de rechercher dès le début du travail, les signes qui permettent d'envisager, ou l'évolution spontanée favorable, ou la dystocie. Il est indispensable à notre point de vue de fixer la conduite dès ce moment.

A. — L'ABSENCE D'ATTEINTE PELVIENNE.

Est au premier chef un facteur indispensable à l'évolution spontanée : le bassin doit être largement perméable, l'enfant petit, la tête malléable. Cette dernière condition nous paraît primordiale pour que l'extrémité céphalique, se présentant suivant son plus grand diamètre, franchisse sans trop de difficultés le détroit supérieur.

Ainsi donc lorsqu'il s'agit d'un accouchement préma-

turé, ou de l'accouchement d'un jumeau, l'évolution sera possible et l'expectative la règle.

B. — Cette pratique est de règle lorsque la *possibilité d'une atteinte fœtale*, en particulier l'hydrocéphalie, réduit la valeur de l'enfant.

C. — Chez les *multipares* qui ont accouché d'enfants volumineux d'une façon normale, l'expectative peut être considérée avec des chances importantes d'issue favorable.

D. — Mises à part ces éventualités simples, soit dans 25 à 50 % restent à considérer celles où l'accouchement à toutes les chances d'être dystocique. Rappelons que l'existence d'un bassin légèrement rétréci sans disproportion céphalo-pelvienne manifeste, ou d'un gros enfant réalise ces conditions et doit faire recourir à une véritable épreuve du travail.

I. — AU DEBUT DU TRAVAIL.

a) *Membranes intactes*. — Cette éventualité rare, mais particulièrement favorable permet de laisser la femme entrer franchement en travail. Dans ces conditions certaines présentations, défléchies au détroit supérieur, peuvent sous l'action des contractions et l'amorce de l'engagement, évoluer favorablement en face ou en sommet. Ultérieurement, la persistance d'une déflexion pourra amener à abandonner l'attitude expectante : nous le verrons plus loin.

b) *Les membranes sont rompues prématurément*. — En cas de procidence du cordon, la temporisation n'aurait d'autre excuse que si on avait la certitude de deux faits :

- On peut réduire le cordon dans la cavité utérine;
- L'accouchement se fera par les voies naturelles.

En fait, on est en droit d'affirmer ni l'un ni l'autre. La césarienne est donc ici formellement indiquée.

L'ouverture prématurée de l'œuf est, même en dehors de présentation du front, à l'origine de troubles dynamiques utérins, portant surtout sur la dilatation. La preuve que la déflexion est définitive, ne peut être acquise pratiquement que tardivement, à dilatation complète, certains disent même, lorsque la tête est engagée, donc à une étape trop avancée du travail qui ne permettrait plus, sans danger pour la mère, d'avoir recours à une intervention abdominale conservatrice.

Il faut donc choisir entre l'expectative et l'opération césarienne.

Toute déflexion céphalique, s'accompagnant d'une atteinte évidente, même légère du bassin, accuse la disproportion céphalo-pelvienne et doit être traitée par opération césarienne.

En effet, nous considérons comme négligeable, les possibilités d'évolution spontanée vers une présentation régulière, sommet ou face, que les statistiques s'accordent à rencontrer dans 10 % des cas : nous ne retiendrons pas davantage les manœuvres destinées à fléchir ou à défléchir la tête dont les chances de succès sont considérées, même d'après SJOWALL, comme rares, et qui, par le fait même d'avoir été pratiquées, rendent l'intervention abdominale dangereuse.

II. — AU COURS DU TRAVAIL..

Trois hypothèses sont à envisager :

a) *L'engagement est effectué : la situation est claire.*
Il faut laisser évoluer l'accouchement. Mais la longueur du travail et la fatigue maternelle feront poser souvent l'indication d'une prise de forceps.

b) *Les membranes sont intactes :* l'existence d'une

tête défléchie constatée au bout d'une durée de travail de l'ordre de 12 heures avec une dilatation de cinq francs réalise des conditions encore favorables pour tenter une épreuve du travail.

Il est alors nécessaire, dans le minimum de temps, de ne plus rester dans l'expectative et de faire le choix du traitement.

Il faut considérer l'état du bassin, le degré de malléabilité de la tête, la progression de la dilatation, la qualité des contractions, tenir compte de la température et de l'état général, de la parité, de l'âge de la femme.

Dans certains cas, l'intervention a une indication formelle d'emblée : ce sont ceux qui répondent à des disproportions céphalo-pelviennes évidentes ; lorsque la tête est dure et ossifiée, les contractions irrégulières en durée et en intensité, lorsqu'il s'agit d'une primipare surtout âgée.

Par contre, lorsque ces conditions permettent de discuter la possibilité d'une évolution spontanée, il ne faut pas tarder à rompre les membranes.

Si, au bout de deux heures la situation reste inchangée, on ne peut plus espérer voir l'accouchement se terminer d'une façon favorable : car même si l'engagement se produit, il ne pourra se faire qu'au prix de déformations plastiques de la tête très importantes, compromettant la vitalité fœtale, qu'on risque encore de détruire par la pose d'un forceps difficile, atypique et traumatisante.

Aussi là, encore, la césarienne basse conservatrice est tout indiquée. La version trouvera également son indication et bénéficiera de circonstances particulièrement favorables (dilatation complète). Nous pourrons la pratiquer, même si au cours de la rupture de la poche des eaux, une procidence ou même plusieurs procidences (la proci-

dence appelle la procidence) se produisent. Donc version chez une multipare, césarienne chez une primipare.

c) *Les membranes sont rompues* : si le travail se produit depuis 12 heures environ, la dilatation étant inférieure ou égale à 5 francs, et n'a pas entraîné l'engagement, l'opération césarienne conservatrice est le traitement de choix.

III. — L'ATTENTE PROLONGÉE.

Volontaire ou non, l'attente prolongée crée des conditions beaucoup moins favorables, surtout pour l'enfant. L'infection amniotique, la souffrance fœtale sont alors des phénomènes quasi-constants.

a) Au point de vue thérapeutique, il est rare d'avoir à envisager la version par manœuvres internes, qui serait alors réalisée dans des conditions défavorables et souvent dangereuses. Peut-être la pose précoce d'un ballon dilatateur, si la tête est élevée et permet l'introduction de ce dernier, diminuerait-elle les risques de ces manœuvres.

b) Lorsque la souffrance fœtale n'est pas encore marquée par des manifestations rendant probable la mort prochaine de l'enfant, l'opération césarienne est encore indiquée. Mais ici, la septicité de la cavité ovulaire contre-indique formellement la césarienne basse pratiquée suivant sa technique courante. On pourra, en milieu chirurgical, et prêt à faire secondairement une hystérectomie, pratiquer une césarienne suivant la technique de JEANNIN-MICHON, ou une extériorisation suivant la technique du Professeur PORTES. En autre lieu, l'hystérectomie garde nos préférences.

c) Par contre, lorsque le liquide amniotique est puriforme, fétide, lorsque l'accélération des bruits du cœur

est constante, seule une évacuation par voie basse est indiquée.

Mais alors que le forceps est un instrument remarquable dans les présentations céphaliques fléchies, il est dans le front un agent particulièrement traumatisant pour de nombreuses raisons :

— La dilatation est souvent incomplète et des incisions du col sont nécessaires.

— L'engagement est rarement effectué ou si peu amorcé, que la pose des cuillers est laborieuse.

— Une prise oblique est seule possible.

— Même avec une prise symétrique, l'axe des cuillers coïncide avec un axe céphalique où la contention est défectueuse (axe pariéto-mastoïdo-cervical).

— L'extraction est toujours laborieuse s'accompagnant d'une réduction forcée des diamètres de la tête.

Aussi la fréquence est-elle grande où l'enfant naît en état de mort apparente avec des signes de lésions cérébro-méningées. Même s'il est ranimé, le pronostic reste sévère et la mort fréquente les jours suivants.

d) Lorsque l'enfant est mort, l'évacuation de l'utérus se fait par basiotripsie : le but est de délivrer la femme au plus vite et sans danger pour elle.



DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

ETUDE DE 25 OBSERVATIONS DE PRESENTATION DU FRONT

A l'appui de la thèse, que nous venons de développer et de l'attitude très interventionniste que nous défendons, nous produisons la statistique suivante :

Nombre total des cas observés : 25.

Statistique globale :

Mortalité maternelle : 1 soit 4 %.

Mortalité fœtale : 2 soit 8,7 %.

C'est volontairement que nous omettons de signaler dans le chapitre « statistique », les décès des enfants n° 8 et 25 : l'un hydrocéphale et hérédosymphilitique probable n'était pas viable, l'autre véritable monstre hydrocéphale a été perforé volontairement. La mortalité est donc : 2 sur 23 enfants.

I. — *Evolution par voie basse* : 16 soit 64 %, se décomposant comme suit :

1°) Accouchements spontanés : 8 soit :

50 % par rapport au nombre de cas par voie basse.

32 % par rapport au nombre total des cas.

2°) Applications de forceps : 7 soit :

43,7 % par rapport au nombre de cas par voie basse.

28 % par rapport au nombre des cas.

3°) Perforation suivie d'extraction chez un hydrocéphale : 1.

II. — *Interventions par voie haute* 9 soit 36 % ; césariennes conservatrices 8 soit 32 % ; césarienne mutilatrice 1 soit 4 %.

PRONOSTIC.

1. — *Evolution par voie basse.*

Accouchements spontanés :

Mortalité maternelle : 0.

Morbidité : 0.

Mortalité fœtale 1 (obs. 8). Hydrocéphale et hérédo-syphilitique.

Accouchements par forceps :

Mortalité maternelle : 1 (obs. 10). Hémorragie par inertie utérine.

Morbidité : 1 (obs. 9). Endométrite simple.

Mortalité fœtale : 2 (obs. 9-12), soit 28,6 % par rapport au nombre d'applications.

Les enfants n° 9 et 12, enfants viables, qui devaient vivre, ne sont morts que du fait de la longueur du travail, ou de la mauvaise conduite de l'accouchement.

Dans le premier cas (obs. 9) le travail avait duré 35 heures 45, le diagnostic comme souvent, avait été tardif.

Extraction au forceps d'un enfant qui n'a fait que quelques mouvements respiratoires. Endométrite simple consécutive chez la mère.

Lors du deuxième cas (obs. 12), le Docteur BRET, amené à examiner la parturiente, ne pouvait que constater une présentation « négligée » et extraire au forceps un enfant mort-né.

II. — *Intervention par voie haute :*

Mortalité maternelle : 0.

Morbidité : 1 (phlébite (obs. 2)).

Mortalité fœtale : 0.

COMPARAISONS AVEC QUELQUES STATISTIQUES.

Pour HENRICIUS : mortalité maternelle 17 %; mortalité fœtale 40 %.

LE LORIER in BRINDEAU 1927 : mortalité maternelle 15 %; mortalité fœtale 35 %.

COURTOIS et CUCHE 1938 : mortalité maternelle 9 %; mortalité fœtale 28 %.

Notre statistique révèle : mortalité maternelle 4 %; mortalité fœtale 8,7 %.

Ces pourcentages correspondent, rappelons-le, à un décès maternel et deux morts fœtales, lors d'intervention par voie basse.

En conclusion, il semble que, sans préconiser systématiquement la césarienne, puisque nous ne l'avons pratiquée que dans 36 % des cas, ses résultats 0 % de mortalité maternelle et fœtale, 1 mutilatrice sur un total de 9 interventions, sont bien supérieurs à ceux obtenus par

les autres méthodes. Aussi emploierons-nous la césarienne basse conservatrice très largement et sans retard toutes les fois qu'un diagnostic, fait précocement, nous aura fait craindre l'issue non favorable de l'accouchement.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

(Communiquées par le Docteur BRET)

Obs. I. — Bichat 1938 — N° 1095

IVpare 28 ans : grossesses et accouchements antérieurs normaux : (premier enfant 3.000 gr.; deuxième enfant : 3.150 gr.; troisième enfant : 3.000 gr.

Examen à l'entrée : bassin normal — Utérus 34 cm. — Tête non engagée.

A dilatation complète, rupture artificielle tempestive des membranes.

Diagnostic de front est fait en NIGT — Accouchement spontané.

Dégagement en N. P.

Durée de la période de dilatation : 12 heures 45 — Durée de la période d'expulsion : 15. minutes .

Durée totale du travail : 13 heures .

Délivrance naturelle et complète. Enfant vivant : 3.750 gr.

Obs. II — Bichat 1938 — N° 1146

IVpare 25 ans — Grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : P.S.P. 10,8 — Utérus 36 cm. — Tête très mobile.

Rupture prématurée des membranes : 43 heures avant. Pas de dilatation. Bassin généralement rétréci.

Diagnostic de front fait par *radiographie*. Indication de césarienne posée par Monsieur LEPAGE.

Césarienne basse conservatrice (Docteur BRET), 43 heures après la rupture des membranes.

Extraction d'un enfant vivant : 3.300 gr.

Déformations typiques du crâne, sans qu'il y ait eu travail.

Suites opératoires : phlébite.

Obs. III — Bichat 1938 — N° 1180

Ilpare 23 ans. Grossesse et accouchement antérieur normal : garçon 4.000 gr.

Examen à l'entrée : bassin grand. Bi-ischiatique 12 cm. 5. Utérus 39 cm. Tête haute et mobile.

Rupture prématurée des membranes : 13 heures avant. Position NIGA. Accouchement spontané.

Dégagement en NT.

Durée de la période de dilatation 13 heures. Durée de la période d'expulsion : 30 minutes.

Durée totale du travail : 13 heures 30.

Délivrance naturelle et complète : le cordon et les membranes sont infiltrés de méconium.

Enfant vivant de 3.710 gr. présentant une basse séro-sanguine importante au niveau du front et des yeux. A respiré dès sa naissance, mais n'a pas crié.

Obs. IV — Bichat 1939 — N° 121

Ilpare 34 ans ? Grossesse et accouchement antérieurs ?

Examen à l'entrée : bassin généralement rétréci P. S. P. : 11,3 — Lignes inominées suivies.

Utérus : 33 cm. Position NIGA.

Rupture spontanée tempestive des membranes. Au toucher pe-

tite bosse séro-sanguine, mais chevauchement très marqué des os du crâne.

Œdème des parties molles maternelles. Accouchement spontané.
Dégagement en NIGT.

Episiotomie latérale gauche volontaire.

Durée de la période de dilatation 16 heures 15. Durée de la période d'expulsion : 1 heure.

Durée totale du travail : 18 heures.

Délivrance naturelle et complète.

Enfant vivant de 2.900 gr., mais ne crie qu'après vingt minutes de soin.

Obs. V. — Saint-Antoine 1939 — N° 870

Ipère 35 ans, Grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : bassin normal. Utérus 32 cm. Position NIDA.

Rupture des membranes spontanée tempestive. Accouchement spontané.

Dégagement en NIDA. A noter une légère flexion dans l'excavation.

Durée de la période de dilatation 16 heures 15. Durée de l'expulsion : 0 heure 45.

Durée totale du travail : 16 heures 50.

Délivrance naturelle et complète.

Enfant vivant : 2.760 gr. présentant une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit.

Obs. VI — Saint-Antoine 1939 — N° 928

Ipère 31 ans. Grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : bassin normal. Utérus oblique, (30 cm. sur ligne médiane; 35 cm. hypocondre droit; tête mal fléchie).

Au palper, on sent la saillie du menton à gauche et le dos à droite.

Rupture prématurée des membranes : 36 heures avant. Engagement tardif en NIGT.

Accouchement spontané. Dégagement en NIGT.

Durée de la période de dilatation : 20 heures. Durée de la période d'expulsion : 1 heure 55.

Durée totale du travail : 21 heures 40.

Délivrance naturelle et complète. Membranes dissociées, cordon infiltré de méconium.

Enfant vivant : 3.450 gr. Bosse séro-sanguine siégeant sur la bosse frontale gauche et infiltrant la paupière supérieure gauche.

Obs. VII — Baudelocque 1941 — N° 2297

IIpère 22 ans. Accouchement antérieur en *front* (version par manœuvres internes) d'un enfant vivant pesant 2.200 gr. décédé 1 heure après.

Examen à l'entrée : bassin aplati, canaliculé — P.S.P. : 10.8 — tête défléchie haute et mobile. Utérus 32 cm.

Epreuve du travail après rupture artificielle haute des membranes : 0.

Le professeur COUVELAIRE, consulté, conseille, étant donné l'accouchement antérieur de pratiquer une césarienne. (Docteur BRET.)

Extraction d'un enfant vivant, criant aussitôt, de 3.400 gr. Il présentait 3 heures après le commencement du travail, les déformations typiques du crâne fœtal, et une bosse séro-sanguine, s'étendant de la racine du nez à 4 ou 5 centimètres en arrière de la fontanelle antérieure, embrassant latéralement les bosses frontales.

Obs. VIII — Baudelocque 1941 — N° 2620

IVpère 27 ans : grossesses et accouchements antérieurs normaux : (premier 2.650 gr. ; deuxième 4.500 gr. ; troisième 3.500 gr.).

Grossesse actuelle surveillée pendant la dernière quinzaine pour siège probable.

Une *radiographie* montre : dos à droite en Sitalique, contour de la tête mal délimité, net qu'en un point au niveau des bosses frontales et redressement de la colonne cervicale.

Au toucher, on sent une crête paraissant un nez, au-dessus la fontanelle antérieure élargie.

Hydrocéphale en position défléchie ou anencéphale ?

Rupture spontanée précoce des membranes. Engagement tardif en NIDA.

Accouchement spontané : dégagement en NIDA.

Durée de la période de dilatation : 14 heures 15 — Durée de l'expulsion : 15 minutes.

Durée totale du travail : 14 heures 30.

Enfant vivant de 3.320 gr. criant aussitôt, décédé 12 heures après.

Grosse bosse séro-sanguine sur le front ; légère hydrocéphalie : gros foie dur atteignant presque l'ombile.

Obs. IX — Baudelocque 1942

Ipape 31 ans. Grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : P.S.P. : 11,1 — Utérus 32 cm. Tête mal fléchie haute et mobile.

Rupture prématurée des membranes : 31 heures avant. Engagement tardif en NIDP. Dilatation complète.

En raison de la non progression, de la souffrance fœtale, de l'état général, application de forceps.

Echec des tentatives de rotation. Dégagement en NIDP.

Durée de la période de dilatation : 31 heures 45 — Durée de l'expulsion : 4 heures.

Durée totale du travail : 35 heures 45.

Délivrance naturelle et complète.

Enfant de 2.880 gr. qui n'a pu être ranimé.

Obs. X — Baudelocque 1942 — N° 387

Ipore 21 ans — Grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : P.S.P. : 12,3 — Utérus 34 cm. Tête mal fléchie.

Rupture des membranes spontanée précoce : présentation en NIDT.

Durée de la dilatation : 26 heures 15 — Application de forceps motivée par la souffrance fœtale.

Dégagement en NP après épisiotomie systématique due à la tension du périnée.

Durée de la période de dilatation : 26 heures 15 — Durée de l'expulsion : 0 heure 45.

Durée totale du travail : 27 heures.

Délivrance artificielle : enfant vivant : 3.960 gr. présentant une bosse séro-sanguine au niveau du bregma.

Mort maternelle par inertie utérine.

Obs. XI — Baudelocque 1942 — N° 431

Ipore 30 ans : admise à salle Dugès pour bassin généralement rétréci : P.S.P. : 10,7, lignes inominées entièrement suivies. Utérus 35 cm. Tête mal fléchie.

Rupture spontanée précoce des membranes.

Radiographie : redressement de la colonne cervicale, déflexion de la tête.

Indication de césarienne posée par Monsieur LEPAGE et Monsieur le Professeur COUVELAIRE.

Extraction d'un enfant vivant : 3.640 gr. criant aussitôt.

Obs. XII — Baudelocque 1942 .. N° 461

Ipore 34 ans (premier accouchement normal d'un garçon pesant ? ; deuxième accouchement terminé par un forceps d'une fille pesant ?)

Examen à l'entrée : P.S.P. : 10,8. Utérus 32 cm. tendu dans l'intervalle des contractions. Tête défléchie au-dessus du détroit supérieur.

Rupture des membranes spontanée prématurée — Dilatation complète après 8 heures 25.

Présentation en NIGT — Application de forceps motivée par la souffrance fœtale — B d C ?

On perçoit au cours de l'examen des mouvements convulsifs du fœtus.

Existence, à mi-hauteur, du corps utérin, d'un anneau de contraction répondant à la partie moyenne du dos du fœtus; et légère hémorragie maternelle.

Dégagement en NP.

Durée de la dilatation : 8 heures 25 — Durée de l'expulsion : 25 minutes.

Durée totale du travail : 8 heures 50.

Délivrance artificielle : placenta reniforme — Zone d'infarctus.

Extraction d'un enfant pesant 3.250 gr. qui n'a pu être ranimé.

Obs. XII — Baudelocque 1942 — N° 655

IIIpare 24 ans — Grossesses et accouchements antérieurs normaux : (premier 3.310 gr.; deuxième 3.370 gr.).

Examen à l'entrée : bassin normal — Utérus 35 cm. — Tête engagée.

Rupture spontanée tempestive des membranes. Engagement en NIGT.

Accouchement spontané. Dégagement en NP.

Durée de la période de dilatation : 6 heures.

Duré de l'expulsion : 1 heure 10.

Durée totale du travail : 7 heures 10.

Délivrance naturelle et complète.

Enfant vivant criant aussitôt de 3.320 gr. A l'examen du crâne

on trouve uniquement du chevauchement au niveau des sutures pariéto-occipitales. Pas de bosse séro-sanguine.

La fontanelle bregmatique, les sutures métopique et pariéto-frontale sont élargies.

Légère hydrocéphalie.

Obs. XIV — Baudelocque 1942 .. N° 1003

Ipape 18 ans : grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : bassin normal — Utérus 32 cm. Tête fixée, mal fléchie.

On perçoit la fontanelle antérieure.

Rupture spontanée précoce des membranes. Dilatation complète après 28 heures.

Une énorme bosse séro-sanguine gêne considérablement l'orientation de la tête.

Position NIDA — Application de forceps pour non progression et souffrance fœtale.

Dégagement en NP après épisiotomie droite.

Durée de la période de dilatation : 28 heures — Durée de l'expulsion : 2 heures 30.

Durée totale du travail : 30 heures 30.

Délivrance naturelle et complète. Extraction d'un enfant vivant de 2.900 gr. criant après dix minutes de soins. Chevauchement marqué des os du crâne. Bosse séro-sanguine siégeant sur le front et descendant jusqu'aux arcades orbitaires.

Obs. XV — Baudelocque 1942

Ipape 35 ans : grossesse antérieure normale : accouchement d'un enfant de 2.950 gr.

Examen à l'entrée : bassin canaliculé P.S.P. : 11,6 — Utérus 34 cm. La fontanelle antérieure est perçue.

Rupture prématurée des membranes.

Monsieur le Professeur COUVELAIRE conseille l'intervention immédiate lorsque le travail sera déclenché, mais sans épreuve préalable.

Césarienne basse. Extraction d'un enfant vivant, criant aussitôt pesant 2.990 gr. et présentant déjà les déformations typiques du crâne. (Docteur BRET.)

Obs. XVI — Baudelocque 1942 — 1162

Ipare 25 ans : grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : P.S.P. : 11 cm. Lignes inominées entièrement suivies. Utérus 33 cm. Tête non engagée : la présentation est animée de légers mouvements d'asynclitisme.

Rupture prématurée des membranes. Présentation en NIGA.

Accouchement spontané. Dégagement en OS.

Durée de la période de dilatation : 12 heures. Durée de l'expulsion : 1 heure 30.

Durée totale du travail : 13 heures 30.

Délivrance naturelle et complète.

Enfant vivant pesant 3.200 gr. présentant une volumineuse bosse séro-sanguine au niveau de la fontanelle bregmatique.

Obs. XVII — Baudelocque — N° 1361

Ipare 27 ans — Grossesse et accouchement antérieur normal d'un enfant de 3.400 gr.

Antécédents physiologiques : a marché à 3 ans.

Examen à l'entrée : bassin généralement rétréci : P.S.P. : 9,5 — Utérus 34 cm. Tête très élevée.

Rupture artificielle des membranes : liquide amniotique teinté.

En présence d'une dilatation qui reste stationnaire à cinq francs, d'une tête haute et mobile, d'un bassin généralement rétréci, de la souffrance fœtale, le Docteur BRET pose l'indication de césarienne.

Extraction d'un enfant vivant criant aussitôt. Poids : 2.840 gr.
Bosse séro-sanguine au niveau de la fontanelle antérieure.

Obs. XVIII — Baudelocque 1943 — N° 2048

Iipare 25 ans. (Première gestation normale : accouchement normal d'une fille de 3.000 gr. ; Deuxième gestation : arrêt volontaire à 1 mois et demi).

Examen à l'entrée : promontoire accessible — Utérus 32 cm. Tête défléchie.

Rupture des membranes spontanée très précoce. Fontanelle antérieure et nez sont perçus.

On ne peut atteindre la bouche. Indication de césarienne posée par le Docteur BRET.

Extraction d'un enfant pesant 3.870 gr. criant aussitôt.

Obs. XIX — M. Port-Royal 1942 — N° 1646

Iparé de 22 ans entre à la Maternité pour déflexion céphalique persistante.

La *Radiographie* confirme cette déflexion partielle permanente le 3 août 1942.

Examen : bassin normal — Utérus 36 cm. Déflexion céphalique marquée par la saillie de l'occiput. Au toucher : absence d'engagement.

Les phénomènes du travail se déclenchent le 21 août 1942.

Dilatation stationnaire à 2 francs, tête élevée n'appuyant pas sur le col : poche des eaux bombant ; au travers de celle-ci, la fontanelle antérieure est perçue. Le bassin osseux paraît normal, mais bombant dans le cul-de-sac postérieur, et débordant dans le cul-de-sac droit, on sent une masse irrégulière, dure, lobulée qui se présente comme un obstacle *prævia*, mais dont ni la forme, ni la consistance n'évoquent l'origine ovarienne.

Indication de césarienne est posée par le Docteur BRET.

Extraction d'une fille de 3.750 gr. présentant une déformation céphalique propre aux têtes défléchies.

Après extériorisation de l'utérus, on découvre en arrière de ce dernier, une masse irrégulière comprenant deux parties : l'une médiane de la grosseur d'un œuf de pigeon, l'autre qui lui est contigu sur son bord droit a le volumè d'une noisette.

L'examen histologique d'un fragment, prélevé sur la masse médiane, montre que c'est exclusivement du tissu rénal.

Le 12 mars 1943, une pyélographie par voie intraveineuse montre, à droite, l'image des calices et du bassinet se dessiner à la partie supérieure de la Grande échancrure sciatique : il n'y a pas de rein en situation lombaire droite. Au toucher vaginal, on perçoit contre la paroi pelvienne du côté droit et descendant assez bas une masse arrondie, dure, immobile et non douloureuse qu'il est naturel d'interpréter comme répondant au rein ectopique.

Obs. XX — Baudelocque 1943 — N° 2310

Ipore 26 ans — Grossesse actuelle à terme.

Examen à l'entrée : bassin normal — Utérus 37 cm. Position NIDT.

Application de forceps nécessitée par la souffrance fœtale et l'état général de la mère.

Episiotomie : dégagement en NP.

Durée de la période de dilatation : 32 heures 30 — Durée d'expulsion : 0 heure 40.

Durée totale du travail : 33 heures 20.

Délivrance naturelle : placenta incomplet nécessitant une révision utérine : cordon paracentral.

Extraction d'un enfant vivant de 3.870 gr.

Obs. XXI — Hôtel-Dieu 1944

V pare 41 ans — Accouchements normaux en 1926-1927-1929 d'enfants légers 2.500 gr.

En 1939 : application de forceps.

Examen à l'entrée : sacrum en hameçon série de faux promontoires. Promontoire vrai à bout de doigt à 10,2. Lignes inclinées non suivies.

Utérus 34 cm. Gros œdème vulvaire.

Le poids des enfants antérieurs, la déformation du sacrum, et la présentation défléchie indiquent l'intervention.

La rupture des membranes entraîne l'opération immédiate.

Extraction d'un enfant vivant de 3.300 gr.

Obs. XXII — Dispensaire Margueritte-Marie — 6 août 1944

Madame M..., Ipape 23 ans : grossesse à terme.

Le Docteur BRER, appelé pour faire une application de forceps chez une femme en dilatation complète depuis 2 heures, fait le diagnostic de front en NIDT.

Bassin normal — Rupture tempestive des membranes.

Le diagnostic fut rendu difficile par une énorme bosse séro-sanguine et une tête molle présentant du cranio-tabès.

Application de forceps : tentative de rotation infructueuse, dégagement délibéré en oblique.

Durée de la période de dilatation : 13 heures 30 — Durée d'expulsion : 2 heures 30.

Durée totale du travail : 16 heures.

Délivrance et suites normales.

Extraction d'un enfant vivant de 3.100 gr.

Obs. XXIII — 18 octobre 1944 — En ville

Madame A..., Ipape 40 ans, présentant une métrite très importante.

Femme légèrement minus qui n'a jamais pu être examinée au

cours de sa grossesse et difficilement au cours du travail, chez laquelle on a constaté une présentation haute et non engagée.

Examinée pour la première fois par le Docteur BRET après 24 heures de travail, membranes rompues dès le début.

Un examen vaginal pratiqué d'ailleurs très difficilement montre un bassin très rétréci dont le P. S. P. n'est pas mesuré. Dilatation grande paume. Présentation très élevée : on atteint le front et la fontanelle antérieure.

Césarienne avec hystérectomie étant donné les délais écoulés.

Extraction d'un enfant vivant de 3.160 gr.

Suites opératoires excellentes.

Obs. XXIV — 9 novembre 1934 — N° 1099-1100. Hôtel-Dieu

Madame B..., Ipare de 37 ans. Grossesse de 8 mois environ. Utérus 38 cm.

Grossesse gemellaire probable. Bassin normal.

1) Rupture spontanée précoce des membranes.

A dilatation complète application de forceps nécessitée par l'état de la mère. Position NIGA. (Docteur BRET.)

Dégagement en transverse : rupture du périnée.

Naissance d'un enfant de 2.350 gr. criant après bains et soins.

Durée de la dilatation : 5 heures 30.

Durée d'expulsion : 1 heure 30.

2) Rupture d'une seconde poche des eaux dix minutes après la terminaison du premier accouchement.

Engagement immédiat de la tête. Application de forceps. Naissance d'un deuxième enfant en état de mort apparente ranimé après 30 minutes de soins et pesant 2.350 gr. — Durée de l'expulsion : 5 minutes.

Durée totale du travail : 7 heures 15.

Deux délivrances séparées, naturelles et complètes.

Obs. XXV — 7 novembre 1944. En ville

Madame K..., Ipare 19 ans. Grossesse actuelle à terme.

Bassin P. S. P. : 11 cm. Utérus 35 cm.

Travail lent, utérus tendu en permanence. Dilatation stationnaire à 2 francs depuis 12 heures.

Diagnostic d'hydrocéphalie fait par le Docteur BRET, confirmé par une radiographie.

Perforation avec une dilatation entre 2 et 5 francs.

Extraction et suites normales.

CONCLUSION

I. — La présentation du front, en raison de son mécanisme et de ses accidents bien particuliers, existe comme telle et n'est pas une variété de la présentation de la face. Elle remplit d'ailleurs les conditions d'une présentation régulière et rentre dans la définition par FARABOEUF et VARNIER ont donné de la présentation en général : partie fœtale qui est engagée ou *tend à s'engager* la première dans l'excavation du bassin.

II. — Le diagnostic de front doit être et peut être fait précocement. En dehors ou au début du travail, le palper seul, pratiqué d'une façon rigoureuse, permet sinon d'affirmer, tout au moins d'évoquer, l'éventualité d'une déflexion céphalique. La seule possibilité de la déflexion doit nous faire recourir immédiatement à la radiographie qui confirmera ou infirmera le pronostic.

III. — Nous substituerons à la définition de la présentation du front : engagement, progression, dégagement en front, définition « a posteriori » ne présentant aucun intérêt véritable du point de vue pratique, une définition plus clinique :

On peut considérer qu'il y a présentation du front, quand, au bout de quelques heures, le travail n'amène aucune modification de la déflexion céphalique, la tête restant au-dessus du détroit supérieur : définition se rapprochant de celle de FARABOEUF et VARNIER.

IV. — Trente-deux pour cent des accouchements par le front s'amorcent et se terminent, en général, normalement. D'autres, par contre, caractérisés par le cumul ou l'addition de plusieurs anomalies, débutent anormalement et se poursuivent de telle façon que l'on peut assister si l'accouchement est abandonné à lui-même à un véritable complexe dystocique. La cause essentielle nous paraît être la légère atteinte du bassin : aussi la recherchons-nous toujours et précocement lors d'une présentation défléchie persistante.

V. — Toute déflexion céphalique, associée à une atteinte évidente, même discrète du bassin, accuse la disproportion céphalo-pelvienne et doit être traitée. Il semble que la césarienne basse conservatrice, pratiquée rapidement, soit l'opération de choix.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

PORTES

Vu, et Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ALZOLA. — Evolution spontanée de la présentation du front. (*Thèse de Paris*, 1934).
- BASSIN. — Les présentations du front et leur thérapeutique. (*Thèse de Paris*, 1930).
- BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements. Tome I. Paris 1781.
- BRAULT. — La présentation du front. (*Gynécologie et Obstétrique*, tome 29, 1934, p. 45).
- BRET. — Rein ectopique praevia. (*Soc. Gyn. et Obst.* du 5-6-43).
- BUE-PALLIEZ et GERNEZ. — Réflexions sur 130 observations de césarienne basse conservatrice. (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, 1937, p. 202).
- CHATILLON. — *Schw. Med. Woch.*, 5 octobre 1922.
- CHEVALIER. — Thérapeutique des présentations persistantes du front. (*Thèse de Paris*, 1909).
- COURTOIS et CUCHE. — 11 cas inédits de présentation du front. (*Gazette des Hôpitaux*, 23-2-1938).
- DESNOYERS. — Présentation du front. (*Pratique médico-chirurgicale*, tome III, p. 793).
- GINGLINGER. — Etude sur 24 années de césarienne basse. (*Gyn. et Obst.*, 1934, tome 30, p. 15).
- GOULLILOUD. — *Congrès de Bordeaux* 1895.
- GRAVIER. — De la conduite à tenir dans les présentations de la face. (*Thèse de Paris*, 1893).
- JEANNIN. — *Journal des Praticiens*, 1925, p. 691.
- KIEJZMAN. — Considérations sur les présentations du front. (*Thèse de Paris*, 1934).

- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements. Tome I, 1820.
- LE LORIER (in BRINDEAU). — La pratique de l'art des accouchements. Tome I.
- MARET. — De la présentation du front. (*Gyn. et Obst.*, 1929, tome 20, p. 91).
- OSTER. — Contribution à l'étude de la présentation du front. (*Thèse de Nancy*, 1907).
- PINARD. — *Société d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie*. Séances du 11 juin 1902 et 15 juin 1908.
- POLLOSSON. — Du mécanisme de l'accouchement dans la présentation du front. (*Annales de Gyn.*, mars 1892).
- RHENTER. — *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1934. Tome I, fasc. 5024-5025).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*, 1923, p. 344.
- SCHATZ. — *Archiv für Gynäkologie*, 1973, 5^e Bd. p. 306.
- SJÖWALL. — Etude du pronostic et du traitement de la présentation du front. (*Gyn. et Obst.*, 1934, tome 30, p. 326).
- STIGLAUER. — *Monats für geb. und Gyn.* Juin 1924.
- SUZOR. — Que faites-vous en cas de présentation du front. (*L'Hôpital*, avril 1935).
- TARNIER et CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements*. Tome I, Paris 1882, pp. 661-683.
- THIERRY. — Transformation des présentations du front et de la face en sommet. (*Bulletin de la Sté de Gyn. et d'Obst.*, 1937, p. 189).
- THORN. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* Bd. XIII, 1886.
- VIGNES. — Présentation du front. (*Semaines des Hôpitaux de Paris*, 15 février 1932).
- WALLICH. — La symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. (*Société d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie*, janvier 1902).
- WELPONER. — *Archiv. für Gynäkologie*, 1877, XI. Bd. p. 346.